

健康とウェルビーイングのための セルフケア導入に関する WHO ガイドライン



公益社団法人 日本 WHO 協会
FRIENDS OF WHO JAPAN



一般社団法人
日本セルフケア推進協会



国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
NCGM National Center for Global Health and Medicine

はじめに

このたび、『健康とウェルビーイングのためのセルフケア導入に関する WHO ガイドライン』日本語版を日本 WHO 協会、日本セルフケア推進協議会、国立国際医療研究センターの協力で、上梓することができました。翻訳を許諾いただいた世界保健機関（World Health Organization：WHO）をはじめ、関係者のみなさんに厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミック渦中の 2021 年に、WHO が「セルフケア導入ガイドライン」の改訂版を発表しました。私たちは、健康だけでなく「ウェルビーイング（well-being）のために」という文言が新しく付け加わっていることに、驚くとともに、我が意を得たりと感動しました。COVID-19 による外出制限や医療受診抑制のなかで、今後の日本の保健医療システムに必要なのは、健康とウェルビーイングをめざすためのセルフケアを支援する体制づくりであると考えていたからでした。

2022 年 11 月、第 37 回日本国際保健医療学会学術大会のランチョン・セミナーにおいて、WHO ガイドラインの作成に携わった春山怜氏（国立国際医療研究センター）に講演していただきました。日本の多くの医療関係者の関心が高く、セルフケアという古くて新しい概念を普及啓発する必要性を痛感したことも私たちの活動を加速させました。

本書によれば、世界では 43 億人の人々が、必要不可欠な施設ベースの保健サービスを十分に利用できない状況にあります。また、世界人口の 5 人に 1 人が人道的危機の中での生活を送っており、必要な保健サービスを提供することが困難になっています。そのような状況のなかで、セルフケア導入は、個人が自分のヘルスケアに積極的に参加することを促進し、自己決定、自己効力感、自律性、健康への関与を高めるための後押しとなることが期待されます。もちろん、セルフケアを選択する理由や動機は国や地域や個人によって多様なので、エビデンスに基づいた質の高いセルフケアの導入が重要です。セルフケアは当事者がひとりで行うものだけでなく、医療者、薬局、コミュニティなどが伴走支援する場合も少なくありません。

本書は、194 の加盟国・地域と 2 つの準加盟地域を擁する WHO が作成したガイドラインです。すばらしい内容ですが、一方、セルフケアは地域の社会経済状況や文化に根ざしたプライマリヘルスケアやヘルス・プロモーションと密接に関連した概念です。従って、多くの国では、このガイドラインの内すべてを網羅して行動するのではなく、自国の地域特性を考慮し活用することになります。日本においても、国民皆保険制度など我が国の状況を十分に配慮したうえで応用することが望まれます。持続可能な開発目標（SDGs）の目標 3（保健医療）では、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」と書かれています。日本国内における SDGs の目標達成とセルフケアの推進のためには、日本型セルフケアに対する探究と社会実装がますます必要になると考えています。

本翻訳が、保健医療関係者のみならず、セルフケアに関心を持つ多くの市民の方々に活用いただき、日本国内でセルフケアと健康とウェルビーイングに関する活発な議論が巻き起こり、生活者にとって有益な実践につながる契機となれば幸いです。

公益社団法人 日本 WHO 協会 理事長
一般社団法人 日本セルフケア推進協議会 理事
中村安秀





日本 WHO 協会 理事長 中村安秀氏（左）、日本セルフケア推進協議会 代表理事（会長） 三輪芳弘氏（右）

本書は 2021 年に世界保健機関により「WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2021 revision」と題して出版されている。© World Health Organization 2021

日本 WHO 協会、日本セルフケア推進協議会、国立国際医療研究センターは、世界保健機関により本書の日本語版の翻訳・出版権を与えられており、日本語訳の質と忠実さに関する責任の一切を負うものとする。英語版と日本語版との間に齟齬がある場合は、英語版が原書であり正規版である。邦題は、『健康とウェルビーイングのためのセルフケア導入に関する WHO ガイドライン』である。

英語版から日本語版への翻訳は、日本 WHO 協会の中村安秀、渡部雄一、木下英樹、日本セルフケア推進協議会の岸智明、柳谷祐樹、曾我夏実、国立国際医療研究センターの春山怜が担当した。

© 公益社団法人日本 WHO 協会、一般社団法人日本セルフケア推進協議会、
国立研究開発法人国立国際医療研究センター 2023

本翻訳は世界保健機関 (WHO) が行ったものではありません。WHO は、翻訳の内容や正確性に責任を負いません。オリジナルの英語版は、WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2021 revision. Geneva: World Health Organization; 2021 です。ライセンス CC BY-NC-SA 3.0 は、拘束力のある正本とします。本翻訳版は、CC BY-NC SA 3.0 のもとに、公開されています。

健康とウェルビーイングのための セルフケア導入に関する WHO ガイドライン



公益社団法人 **日本 WHO 協会**
FRIENDS OF WHO JAPAN



一般社団法人
日本セルフケア推進協会



国立研究開発法人
国立国際医療研究センター
NCGM National Center for Global Health and Medicine

目次

緒言	vi
序文	vii
謝辞	viii
略語	x
文書の概要とナビゲーションツール	xi
要約	xii

1. はじめに xxvi

1.1	背景	2
1.2	目的	7
1.3	リビングガイドラインというアプローチ	7
1.4	セルフケアとセルフケア導入の定義	8
1.5	対象範囲	9
1.6	対象者	11
1.7	価値観と好み	11
1.8	ガイドライン作成・編集プロセス	12

2. セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた 基礎的な戦略 14

2.1	背景	16
2.2	健康とウェルビーイングに対する生活者中心型のアプローチ	17
2.3	重要原則	17
2.4	安全で支援的な実現環境	19
2.5	実現環境の特徴	22
2.6	セルフケア導入へのアクセス場所	24
2.7	アカウンタビリティ	24

3. 推奨事項と重要な留意事項 28

3.1	出産前・出産時・出産後ケアの改善	30
3.2	不妊治療サービスを含む家族計画のための質の高いサービスの提供	40
3.3	安全でない妊娠中絶の根絶	46
3.4	性行為感染症（HIVを含む）、生殖器感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科 疾患との闘い	47
3.5	性の健康の促進	50
3.6	心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患	55

4. セルフケア導入の実施面とプログラム面での 留意事項 64

4.1	背景	66
4.2	人権、ジェンダー平等、と公平性に関する留意事項	67
4.3	財政面と経済面での留意事項	69
4.4	医療従事者に必要な訓練	72
4.5	集団固有の実施面での留意事項	78
4.6	デジタルヘルス介入	84
4.7	環境面での留意事項	86

5. セルフケア導入の研究アジェンダの作成 96

5.1	世界保健機関の「3つの10億人（Triple Billion）目標」に貢献するセルフケアとセルフケア導入に関する研究	98
5.2	セルフケア導入に関する研究への適切なアプローチに向けて	98
5.3	エビデンスベースを強化するための研究に関する具体的な留意事項	99
5.4	人権と公平性を中心にすえたセルフケア導入	99
5.5	研究における有意義なコミュニティ・エンゲージメントの確保	102
5.6	セルフケア導入のための知識の移転・翻訳	102

6. ガイドラインと推奨事項の普及、適用、と更新 112

6.1	普及	114
6.2	適用	115
6.3	ガイドラインの更新	116

付録 118

付録 1.	本ガイドラインの作成に関わった外部専門家と WHO 職員	118
付録 2.	方法：ガイドライン作成プロセス	126
付録 3.	スコーピングレビュー：WHO のセルフケアの定義	133
付録 4.	用語集	135
付録 5.	利益関係の宣言と利益相反の管理の要約	145
付録 6.	優先度の高い問いとアウトカム	147
付録 7.	公表済みのレビュー	152
付録 8.	新規の推奨事項に対する Guideline Development Group の判定	153

本ガイドラインのエビデンス評価の要約表を含むウェブ付録は、以下から入手することができます：
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342654/9789240031326-eng.pdf>

このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

出産前ケア、家族計画、HIV、とその他のトピックを対象としたセルフケア導入に関する SMART ガイドラインは、以下から入手することができます：
<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>

写真家のクレジット

表紙： © UNICEF/Patricia Willocq, © Shutterstock/AJR_photo,
© Shutterstock/Mila Supinskaya Glashchenko, © Jonathan Torgovnik, © istock/Alessandro Biascioli
第1章： © Photoshare/Hari Fitri Putjuk, © Images of Empowerment/Getty © Images/Paula Bronstein
第2章： Elmvh CC BY-SA 3, © WHO/Blink Media – Nikolay Doychinov
第3章： © UNICEF/Mani, © UNICEF/Shehzad Noorani
第4章： © Shutterstock/Rawpixel, © Getty Images/Images of Empowerment/Paula Bronstein
第5章： © Richard Liblanc, © Julia Fiedler
第6章： © Adobe Stock/poco_bw, © WHO/Ploy Phutpheng
P.v : © UNICEF/Njiokiktjen
P.63 : © Shutterstock/Tooykrub
P.95 : © WHO/Tania Habjouqa
P.111 : © WHO/Anne Sturm Guerrand
P.117 : © Shutterstock/Anton_Ivanov



緒言

私は、「人はみな健康に対する権利を有する」という信念のもとに活動しています。しかしながら、現在、世界の人口の少なくとも半数は、基礎的な保健サービスを利用できていません。保健システムのかなめである医療提供者主導の顧客へのサービス提供モデルは、セルフケアモデルによって補う必要があります。セルフケアモデルとは、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処するために、健康に関する意思決定を情報に基づいて積極的に行うことができるようにするものです。多くの健康問題は、セルフケア導入を通じて診断・管理ができるようになっており、その対象は増え続けています。



人は何千年も前からセルフケアを実践しており、デジタル技術を含め新たな診断薬、治療薬と介入が保健サービスの提供方法に変革をもたらしています。また、セルフケアやセルフケア導入は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックに対する生活者、コミュニティと国の対応においても極めて重要な役割を果たしてきました。保健システムが肥大化し、資格を有する医療従事者が不足する中、世界保健機関（WHO）が優先事項とするセルフケア導入は、健康とウェルビーイングの向上に貢献してきました。

セルフケアは、保健システムの延長として機能しなければなりません。したがって、セルフケア導入を用いる一方で、必要に応じて保健システムやコミュニティの支援を利用し、手助けを得られるようにする必要があります。また、孤立した環境でケアを求めようとすると、スティグマや暴力を受けたり、健康を損なう結果になったりしがちです。それを避けるために、セルフケアは安全で支援的な環境で行うことが重要です。

セルフケア導入に関する本ガイドラインは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中核的原則に基づいています。これには、人々を保健サービスの単なる受動的な受け手ではなく、自身の健康に関する積極的な意思決定者として捉える、健康に対する生活者中心型のアプローチ（People-centred approaches）が含まれます。

生活者中心型のアプローチは、デジタルリテラシーを含むヘルスリテラシーも支援し、人々がエビデンスに基づくセルフケア導入により自分自身の健康を管理できるようにします。本ガイドラインは、人々が安全で効果的なセルフケア導入にアクセスし、危険な介入や役に立たない介入を回避する上で重要な役割を果たすことができます。

また、本ガイドラインの作成に貢献したパートナーシップや専門家らは、本ガイドラインの普及と実施にも重要な役割を果たすことになり、特に正式な保健システムを利用するのが難しい場合があり、サービスが行き届かず、社会から取り残された集団における普及や実施に重要な役割を果たします。

皆さまにも、この重要なガイドラインを推進し、健康のためのセルフケア導入の実施に向けた WHO の取り組みを支援していただければ幸いです。

[署名]

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director-General
World Health Organization

序文

現代社会において、セルフケア導入は、より大きな役割を果たすようになってきており、デジタル技術などの手段や、薬局等を通じた一般用医薬品や診断薬の利用により、セルフケアへのアクセスが拡大しています。セルフケア導入に関する世界保健機関（WHO）の規範的ガイダンスの策定は、自身のヘルスケアにおいて個人やコミュニティが果たす重要な役割と、保健サービスへのアクセスが医療機関を経由したものに限定されていた従来型からの転換を認識したものです。

セルフケアの導入、使用と拡大を推進するための強力なエビデンスベースを確保するには、さらなるデータと厳密な研究が引き続き必要になります。セルフケアについて理解を深めるため、また、個人、コミュニティ、国の各レベルのヘルスケアにセルフケアがどのように当てはまるかをもっとよく理解するための革新的な研究方法を特定することが急務です。これが必要なのは、主に自宅で行われているヘルスケアについての情報収集が難しいためです。



研究は、確実に適切な情報とサービスをもって、最もサービスが行き届いていない社会から取り残されたコミュニティに働きかけ、そうした人々の健康とウェルビーイングにプラスの影響を与えるために、これらの介入について学び、モニタリングし、評価し、改善するための基礎となるものです。体験や現状を把握するための定性的な研究方法を含む有意義なコミュニティ・エンゲージメントは、エビデンスに基づくさらなる強化につながる可能性があります。

セルフケアを推進する世界的な動きは、この分野における研究を拡大する機会をもたらします。研究は、セルフケアを含む保健プログラムや健康への介入の実施と拡大において、重要な役割を果たします。パートナーシップは、こうした研究を実施し、その情報をセルフケア導入の理解と改善に活用していく上で役立ちます。

本ガイドラインの枠組み、推奨事項、グッド・プラクティスを推進していくことにより、質の高い介入を実施し、急速に成長しつつあるこの分野の支援とさらなる発展につながる研究方法をデザインすることができます。これは、すべての人が健康を享受するための持続可能な方法を推進していくために不可欠です。

[署名]

Dr Soumya Swaminathan
Chief Scientist
World Health Organization

謝辞

世界保健機関（WHO）は、本統合ガイドラインの作成に貢献いただきました多くの生活者と団体の皆さまに感謝の意を表します。

WHO では、**Guideline Development Group** のメンバーである Kaosar Afsana、Hera Ali、Elham Atalla、Martha Brady、Elizabeth Bukusi、Laura Ferguson、Anita Hardon（共同議長）、Jonathan Hopkins、Hussain Jafri、Mukesh Kapila、Po-Chin Li、Carmen Logie、Kevin Moody、Daniella Munene、Lisa Noguchi、Gina Ogilvie、Ash Pachauri、Michelle Remme、Jayalakshmi Shreedhar、Leigh Ann van der Merwe、Sheryl van der Poel、Allen Wu（共同議長）、また、**External Review Group** のメンバーである Faysal Al Kak、Jack Byrne、Georgina Caswell、Tyler Crone、Eva Deplecker、Austen El-Osta、Joanna Erdman、Mariangela Freitas da Silveira、Patricia Garcia、Roopan Gill、James Hargreaves、Rei Haruyama、Denis Kibira、Amy Knopf、Oswaldo Montoya、Ulysses Panisset、Michael Tan、Viroj Tangcharoensathien、Tarek Turk、Julián Vadell Martínez、Sten Vermund、Zawora Rita Zizien に対し、心より感謝申し上げます。

ご貢献いただきました上記とその他の方々の所属機関につきましては、本ガイドラインの付録 1 に記載しています。

システマティックレビューを主導した**外部貢献者**の Caitlin Kennedy と Ping Teresa Yeh、また、それを支援した Kaitlyn Atkins、Shannon King、Jingjia (Cynthia) Li、Dong Keun Rhee（Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health）、そしてガイドラインの方法論専門家 Nandi Siegfried には、特に感謝申し上げます。

WHO は、**外部パートナー**である Harriet Birungi（Population Council）、Jennifer Drake（PATH）、Catherine Duggan（International Pharmaceutical Federation）、Christine Galavotti（Bill & Melinda Gates Foundation）、Saumya Ramarao（Population Council）、また、**国連機関の代表者**である Pascale Allotey（United Nations University – International Institute for Global Health）、Maribel Almonte（International Agency for Research on Cancer）、Layal Barjoud（The Defeat-NCD Partnership hosted at the United Nations Institute for Training and Research）、Rueben Brouwer（Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights）、Luisa Cabal and Emily Christie（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS）、Kenechukwu Esom（United Nations Development Programme）、Shaffiq Essajee（United Nations Children's Fund）、Petra ten Hoope-Bender（United Nations Population Fund）、Etienne Langlois（Partnership for Maternal, Newborn and Child Health hosted at WHO）、Sameera Maziad Al Tuwaijri（World Bank）、Tim Sladden（United Nations Population Fund）、Damilola Walker（United Nations Children's Fund）、David Wilson（World Bank）に感謝の意を表したいと思います。

WHO スタッフの Katthyana Aparicio Reyes（Department of Integrated Health Services）、the late Islene Araujo de Carvalho（Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing）、Rachel Baggaley（Department of Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections）、Nathalie Broutet（Department of Sexual and Reproductive Health and Research [SRH]）、Maurice Bucagu（Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing）、Giorgio Cometto and Siobhan Fitzpatrick（Health Workforce Department）、Dina Gbenou（WHO Country Office, Burkina Faso）、Karima Gholbzouri（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Rodolfo Gomez Ponce de Leon（Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas）、Lianne Gonsalves（Department of Global Coordination and Partnership on Antimicrobial Resistance）、Nilmini Hemachandra（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Bianca Hemmingsen（Department of Noncommunicable Diseases）、Naoko Ishikawa（WHO Regional Office for the Western Pacific）、Oleg Kuzmenko（WHO Regional Office for Europe）、the late Ramez Mahaini（WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean）、Garrett Mehl（Department of Digital Health and Innovation）、Manjulaa Narasimhan（Department of SRH）、Léopold Ouedraogo（WHO Regional Office for Africa）、Ulrika Rehnström Loi（Department of SRH）、Bharat Rewari（WHO Regional Office for South-East Asia）、Lisa Rogers（Department of Nutrition and Food Safety）、Petrus Steyn, Tigest Tamrat and Özge Tunçalp（Department of SRH）、Meera Upadhyay（WHO Regional Office for South-East Asia）、Cherian Varghese（Department of Noncommunicable Diseases）、Adriana Velazquez Berumen（Department of Health Product Policy and Standards）、また、**WHO コンサルタント**の Briana Lucido と Marta Schaaf（Department of SRH）は、WHO Guideline Steering Group のメンバーとしてガイドライン作成プロセスの管理に貢献しました。

そして、ガイドライン作成のさまざまな段階でインプットを提供してくれた **WHO スタッフ** の Onyema Ajuebor (Health Workforce Department)、Moazzam Ali, Avni Amin and Ian Askew (Department of SRH)、Chilanga Asmani (WHO Regional Office for Africa)、Anshu Banerjee (Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing)、Nino Berdzuli (WHO Regional Office for Europe)、James Campbell (Health Workforce Department)、Diarmid Campbell-Lendrum (Department of Environment, Climate Change and Health)、Venkatraman Chandra-Mouli (Department of SRH)、Paata Chikvaidze (WHO Country Office, Afghanistan)、Shona Dalal (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Fahdi Dkhimi (Department of Health Systems Governance and Financing)、Tarun Dua (Department of Mental Health and Substance Use)、Hayfa Elamin (WHO Regional Office for Africa)、Mario Festin (previously in the Department of SRH)、Mary Lyn Gaffield, Bela Ganatra and Claudia Garcia Moreno (Department of SRH)、Geetha Krishnan Gopalakrishna Pillai (Department of Integrated Health Services)、Veloshnee Govender (Department of SRH)、John Grove (Department of Quality Assurance of Norms and Standards) Suzanne Rose Hill (previously in the Department of Essential Medicines and Health Products)、Chandani Anoma Jayathilaka (WHO Regional Office for South-East Asia)、Cheryl Johnson (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Rita Kabra (Department of SRH)、Edward Talbott Kelley (previously in the Department of Integrated Health Services)、Rajat Khosla (previously in the Department of SRH)、James Kiarie (Department of SRH)、Hyo Jeong Kim (Department of Health Emergency Interventions)、Loulou Kobeissi and Antonella Lavelanet (Department of SRH)、Arno Muller and Carmem Pessoa Da Silva (Department of Surveillance, Prevention and Control)、Michaela Pfeiffer (Department of Environment, Climate Change and Health)、Marina Plesons (Department of SRH)、Vladimir Poznyak (Department of Mental Health and Substance Use)、Michelle Rodolph (Department of Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes)、Ritu Sadana

(Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing)、Diah Saminarsih (Office of the Director-General)、Anita Sands (Department of Regulation and Prequalification)、Lale Say (Department of SRH)、Elisa Scolaro (Department of Health and Multilateral Partnerships)、Olive Sentumbwe-Mugisa (WHO Country Office, Uganda)、Agnes Soucat (Department of Health Systems Governance and Financing)、Anna Thorson and Igor Toskin (Department of SRH)、Reinhilde Van De Weerd (Department of Health Emergency Interventions)、Isabelle Wachsmuth (Department of Integrated Health Services)、Tana Wuliji (Health Workforce Department)、Souleymane Zan (WHO Country Office, Cotonou, Benin)、Qi Zhang (Department of Integrated Health Services)、また、同じく **WHO コンサルタント** の Michalina Drejza (元 Department of SRH 所属)、Carmen Figueroa (Department of Global Tuberculosis Programme)、Megha Rath (Department of Environment, Climate Change and Health) にも感謝の意を表します。

さらに、**WHO Guidelines Review Committee**、中でも書記の Susan Norris と Rebekah Thomas Bosco には、ガイドライン作成プロセスのあらゆる段階で貴重なフィードバックをいただき、特に感謝申し上げます。

WHO 文書作成サポート は Briana Lucido、**WHO 事務的サポート** は Werunga-Ndanareh と Michael Tabiszewski、**WHO コミュニケーションサポート** は Catherine Hamill、Sarah Kessler、Christine Meynert、Elizabeth Noble により提供されました (いずれも WHO Department of SRH 所属)。**編集と校正** は、Green Ink (英国・北アイルランド) が担当しました。

ガイドライン作成プロセスの**全体的な調整** は、Manjulaa Narasimhan (WHO Department of SRH) が担当しました。

ガイドライン作成の**資金** は、UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction、Children's Investment Fund Foundation より提供されました。

略語

Apgar	appearance, pulse, grimace, activity and respiration（アプガー指数：皮膚の色、心拍数、反応性、活動性、呼吸）
CHW	community health worker（地域医療従事者）
COMET	Core Outcome Measures in Effectiveness Trials（有効性試験における主要評価項目）
COVID-19	coronavirus disease 2019（新型コロナウイルス感染症）
CSE	comprehensive sexuality education（総合的性教育）
DALY	disability-adjusted life year（障害調整生存年）
DMPA-IM	intramuscular depot medroxyprogesterone acetate（メドロキシプロゲステロン酢酸筋注デポ剤）
DMPA-SC	subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate（メドロキシプロゲステロン酢酸皮下注デポ剤）
EC	emergency contraception（緊急避妊）
ERG	External Review Group（外部レビューグループ）
GAH	gender-affirming hormone（ジェンダーアファーマーミング・ホルモン）
GDG	Guideline Development Group（ガイドライン作成グループ）
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GRC	Guidelines Review Committee（ガイドラインレビュー委員会）
GVPS	Global Values and Preferences Survey（価値観と好みに関するグローバル調査）
HELLP	haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count（溶血・肝酵素上昇・血小板減少）
HIV	human immunodeficiency virus（ヒト免疫不全ウイルス）
HPV	human papillomavirus（ヒトパピローマウイルス）
HRP	UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction（UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-世界銀行のヒト生殖に関する研究、開発、と研修特別プログラム）
IPCHS	Integrated People-Centred Health Services framework（包括的な人中心型健康サービスの枠組み）
NCD	noncommunicable disease（非感染性疾患）
OCP	oral contraceptive pill（経口避妊薬）
OHCHR	Office of High Commission for Human Rights（国連人権高等弁務官事務所）
OTC	over the counter（一般用医薬品）
PHC	primary healthcare（プライマリ・ヘルスケア）
LMICs	low- and middle-income countries（低中所得国）
PICO	population, intervention, comparator, outcome（対象集団、介入、比較対照、効果）
PrEP	pre-exposure prophylaxis（曝露前予防）
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses（システマティックレビューとメタアナリシスのための優先的報告項目）
RCT	randomized controlled trial（無作為化比較試験）
SDG	Sustainable Development Goal（持続可能な開発目標）
SMART	standards-based, machine-readable, adaptive, requirements-based and testable（基準に基づく、機械可読、適応的、要件に基づく、検証可能）
SMBG	self-monitoring of blood glucose（血糖値の自己モニタリング）
SMBP	self-monitoring of blood pressure（血圧の自己モニタリング）
SRH	sexual and reproductive health（性と生殖に関する健康）
SRHR	sexual and reproductive health and rights（性と生殖に関する健康と権利）
STI	sexually transmitted infection（性感染症）
UHC	universal health coverage（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）
UNDP	United Nations Development Programme（国際連合開発計画）
UNFPA	United Nations Population Fund（国際連合人口基金）
UNICEF	United Nations Children's Fund（ユニセフ：国際連合児童基金）
WHO	World Health Organization（世界保健機関）

文書の概要とナビゲーションツール

本文書のナビゲーション方法について：

-  **矢印ボタン** – 別のページ、項、外部資料に直接ジャンプします。
-  **ホームアイコン** – この「概要」ページにジャンプします。

本文書では、セルフケア導入の実施面での留意事項に関する横断的なテーマについて取り上げているテキストの横に、以下のアイコンを表示しています。



生活者中心型



人権



ジェンダー
平等



医療従事者



医療財政

健康とウェルビーイングのためのセルフケア導入に関するWHO ガイドライン

1.

はじめに



2.

セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた基礎的な戦略



3.

推奨事項と重要な留意事項



4.

セルフケア導入の実施面とプログラム面での留意事項



5.

セルフケア導入の研究アジェンダの作成



6.

ガイドラインと推奨事項の普及、適用、更新



要約

背景

セルフケア導入は、保健システムの観点からも、これらを導入する使用者にとっても、健康とウェルビーイングを向上するための最も有望で刺激的なアプローチです。セルフケア導入は、すべての人にとって有益となり、ユニバーサル・ヘルスを実現に近づける可能性を秘めています。セルフケア導入は、アクセス可能で、受け入れることのできる手ごろな価格のものであれば、生活者にとって選択肢を増やし、自律性を高める可能性を有します。そうしたセルフケア導入は、セルフケアラーや介護者にとって、健康に関する自己決定、自己効力感、自律性、エンゲージメントの向上に向けた大きな後押しとなります。リスクとベネフィットの算定は状況や集団によって異なる可能性がありますが、適切な規範的ガイダンスと安全で支援的な実現環境があれば、セルフケア導入は、生活者が自らのヘルスケアに積極的に関わっていくことを推進するとともに、ヘルスケアのさまざまな側面に対処することによって健康アウトカムの向上を実現していく画期的な手段となります（図 1 を参照）。

2030 年までに世界で 1800 万人の医療従事者が不足すると予想されており、人道支援を必要とする人は 1 億 3000 万人という記録的な数にのぼり、全世界が COVID-19 などのパンデミックの脅威にさらされています。全世界で少なくとも 4 億人以上が基礎的な保健サービスにアクセスできない状態であり、毎年 1 億人もの人々が医療費の自己負担によって貧困に陥っています。したがって、従来の保健部門の対応を超えた革新的な戦略を見つけることが急務です。また、図 2 に示すように、これらの介入は世界保健機関（WHO）の第 13 次総合事業計画（Thirteenth General Programme of Work）の全 3 分野すべてに関連しています。WHO は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成、健康の促進、世界の安全維持、社会的弱者への奉仕に向けた取り組みの重要な要素として、あらゆる国や経済環境に対してセルフケア導入を推奨しています。

プライマリヘルスケア、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）、とその他のグローバルイニシアチブ

プライマリヘルスケアの向上を目的としたものを含むグローバルイニシアチブにおいて、セルフケア導入に対する認識が高まっています。プライマリヘルスケア宣言に盛り込まれたプライマリヘルスケアの 3 つの主要な要素は以下のとおりです：

- プライマリケアと基礎的な公衆衛生機能を優先事項として、ライフコース全体にわたり、包括的かつ統合的な保健サービス（健康促進、保護、予防、根治、リハビリテーション、緩和を目的としたものを含む）を通じて人々のニーズを満たす。
- すべての部門でエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より幅広い健康の決定要因（社会的、経済的、環境的要因に加え、生活者の特性や行動を含む）に対して体系的に取り組む。
- 健康とウェルビーイングを促進・保護するための政策の支持者として、保健サービスや社会福祉サービスの共同開発者として、また、セルフケアラーや介護者として、個人、家族、コミュニティが自身の健康を最適化する力をつけられるようにエンパワーメントを図る。

プライマリヘルスケアは、UHC を達成するための基本的要素です。UHC の達成には、保健サービスの提供におけるパラダイムシフトが必要であり、セルフケア導入はそうしたパラダイムシフトを起こすのに大きく貢献する可能性があります。また、UHC を支えるセルフケアは、結果的に持続可能な開発目標 3（あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する）のターゲット 3.8 の達成を支援することになります。

図 1. セルフケア導入に伴う健康アウトカムの改善

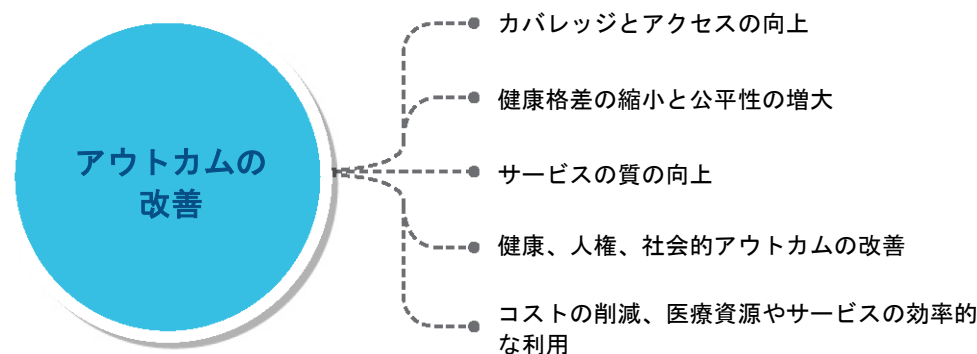


図 2. WHO 第 13 次総合事業計画の戦略的優先事項と「3 つの 10 億人目標」



診断薬、とその他の技術がさらに増える結果となっています。

健康とウェルビーイングの向上

健康促進により、人々が自らの健康をコントロールする力を高めることができます。健康促進には、治療や治癒のみに焦点を当てるのではなく、体の不調の根本的な原因に対処し、予防することによって、各人の健康と生活の質に利益をもたらし、それらを保護するように設計された、幅広い社会的介入や環境的介入が含まれます。

WHO は、栄養や身体活動の改善に加え、健康促進の基礎となるヘルスリテラシーなどの基礎的な実現要因も含む、健康促進に向けた幅広いセルフケア導入を推奨します（図 3 を参照）。

パンデミックや人道危機的環境

紛争や人道危機の影響を受ける環境では、既存の保健システムに対する需要が急速に増大し、多くの場合、個人やコミュニティが否応なく自らの健康を管理することが求められます。推奨される枠組みや「実現環境」（第 2 章で説明）の中で質の高いセルフケア導入が提供されれば、個人やコミュニティにとって有益となる可能性があります。COVID-19 のようなパンデミックでは、対応に不可欠な部分として、フィジカルディスタンスの確保、マスクの着用、適切な衛生管理といったセルフケア対策が推奨され、世界中で実践されています。セルフケア導入によって、医療に対する認識、理解、とアクセス方法が変わりつつあり、人々が自分で使用できる治療薬、

セルフケアとセルフケア導入の定義

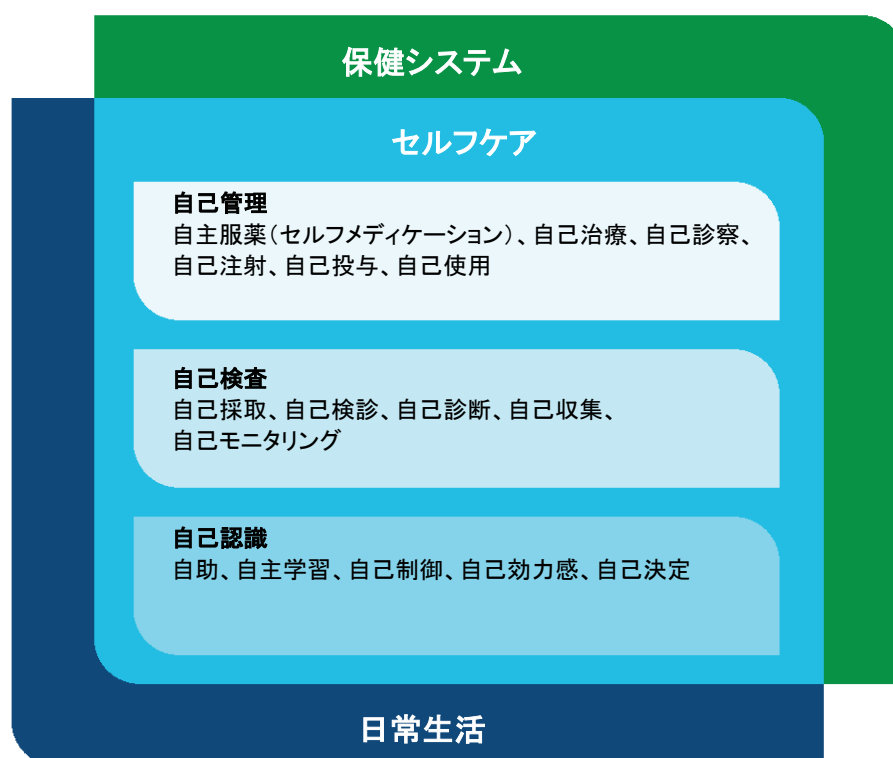
セルフケアとは、個人、家族、とコミュニティが、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処する能力のことです。この定義におけるセルフケアの範囲には、健康促進、病気の予防と管理、自主服薬（セルフメディケーション）、家族の介護、必要に応じた病院又は専門家の受診やプライマリケアの利用、と緩和ケアを含むリハビリテーションが含まれます。

セルフケア導入は、セルフケアを支援するツールです。これには、正式な保健サービスの範囲から完全に又は部分的に外れた形で提供され、医療従事者の手を借りながら、あるいは医療従事者の手を借りずに使用される、エビデンスに基づく質の高い薬剤、医療機器、診断薬、とデジタル介入が含まれます。

ガイドラインの目的と目標

本ガイドラインの目的は、プライマリヘルスケア戦略、包括的で基礎的なサービスパッケージ、と人を中心とする考え方にに基づき、生活者、コミュニティ、と国が質の高い保健サービスとセルフケア導入を実施・利用するのを支援する、エビデンスに基づく規範的ガイダンスを提供することです。

図 3. 保健システムとリンクした介入環境におけるセルフケア



本ガイドラインの具体的な目標は、以下のとおりです：

- 性と生殖に関する健康と権利（SRHR）の推進を含め、サービスが行き届いていない集団と、保健システムにおける対応力や資源が限られている環境に重点を置いた、公衆衛生上の重要なセルフケア導入に関する、エビデンスに基づく **推奨事項** を提供すること。
- SRHR の推進を含め、セルフケア導入の安全かつ公平なアクセス、取り入れ、と使用を推進し、増やしていくために取り組む必要がある、プログラム面、運用面、とサービス提供面での重要な問題に関する **グッド・プラクティス・ステートメント** を提供すること。
- 将来の研究やガイドラインに関するプロセスの指針となる特定のトピックに関する **重要な留意事項** を示すこと。

セルフケア導入の概念的枠組み

この概念的枠組みは、セルフケアという進化する領域に取り組み、今後の更新に向けてセルフケア導入を特定していく出発点となるものです。この概念的枠組み（図 4 を参照）は、セルフケアの導入、使用、とスケールアップを支援する可能性のある、「人中心型」と「保健システム」の両アプローチから見た中核的要素を示しています。健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチが、この枠組みの中心をなしています。

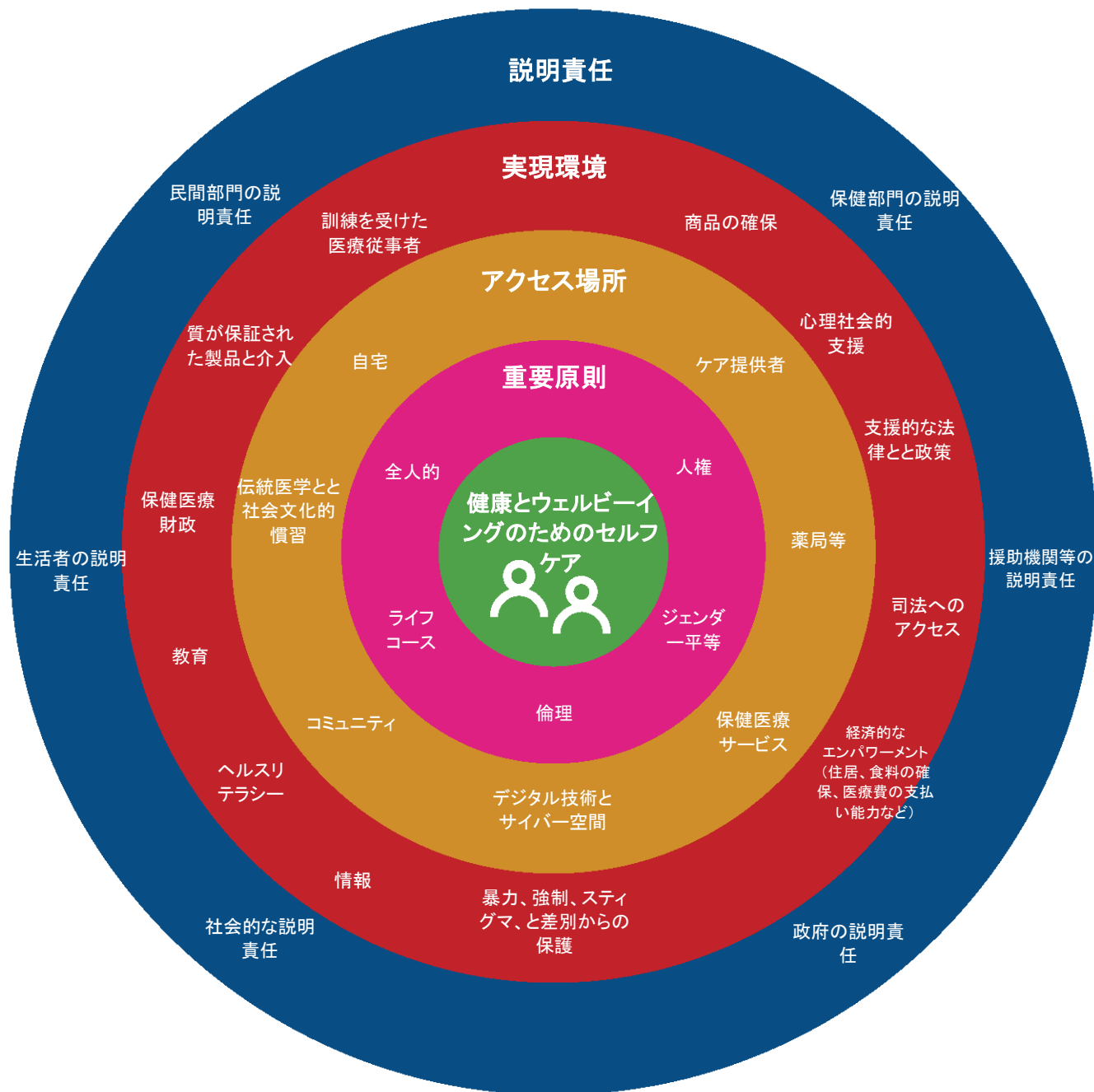
本ガイドラインは、SRHR に関するものを含め、健康とウェルビーイングに対して強化された包括的な人中心型のアプローチに基づいており、このアプローチを推奨しています。このアプローチは、人権、倫理、ジェンダー平等に関する重要原則を基礎としています。人中心型のものにするには、ラ

イフコース全体を通じた生活者の状況、ニーズ、と希望を考慮し、また、生活環境も考慮した、包括的なアプローチをもって、1 人ひとりのケアに取り組む必要があります。

セルフケア導入は、安全で支援的な環境で行われれば、患者エンゲージメントを含め、人々が自身の健康にもっと積極的に関わっていくよう手助けする機会となります。

サービスが行き届かず社会から取り残された集団の健康とウェルビーイングを向上することができる製品や介入へのアクセスとそれらの使用を推進するためには、安全で支援的な実現環境が不可欠です。安全で適切な形でセルフケア導入を利用できるようにする実現環境の評価と確保は、これらの介入の導入やスケールアップに向けたあらゆる戦略で最初に取り組まなければならない重要な要素となります。そうした戦略は、潜在的な使用者のプロファイル、それらの人々を対象に提供されているサービス、幅広い法律・政策面での環境、そして構造的な支援や障害に関する情報に基づいて行う必要があります。

図 4. セルフケア導入のための概念的枠組み



出典 : Narasimhan et al (doi:10.1136/bmj.l688) より許可を得て転載。

本ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインでは、健康のためのセルフケア導入に関する新規と既存の WHO の推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項をまとめています。推奨事項が具体的な健康関連介入（第 3 章を参照）に関するものであるのに対し、グッド・プラクティス・ステートメントは実施面での留意事項に関するものであり、特にサービスが行き届いていない集団を対象とした実現環境づくりとその維持に関する、より一般的なものとなります（2 つの追加的な推奨事項も記載している第 4 章を参照）。本文書は、そうしたガイドラインとして WHO から初めて発行された 2019 年のガイダンスに基づいています。本ガイドラインにおける新規の推奨事項は、医療機関に所属する医療従事者が提供するものからセルフケア・アプローチを用いて提供するものへと

変わりつつあると考えられるセルフケア導入に焦点を当てています。

本文書では、現行の WHO ガイダンスが存在する場合、使用者に対し、詳しい情報の参考資料としてのそうした他の刊行物や、プログラム活動に関するその他の WHO の関連ツールや文書を提示します。

保健サービスが行き届いていない集団におけるセルフケア導入のアクセス、取り入れ、と使用

健康格差は世界のあらゆる地域にはびこる問題であり、最も貧しく、最も社会から取り残された人やコミュニティでは、病気の発生率が顕著に高くなっています。

高齢化は社会的孤立をもたらす、貧困は健康にとって有害な環境で暮らすことにつながる可能性があり、多くの状況ではそうした要因によって、保健サービスが行き届いていない人やコミュニティの脆弱性が高まる可能性があります。したがって、セルフケア導入へのアクセスや、セルフケア導入の取り入れと使用について、すべての人やコミュニティが同じレベルの支援を必要としているわけではありません。健康被害を避けるためには、他者に頼らないセルフケアと、質の高い医療サービスを希望する又は必要とする人々に対するそうしたサービスへのアクセスを、安全かつ強力に連携させることが極めて重要になります。積極的にセルフケアを選んだのではなく、恐怖心や他の手段がないことがそうした選択を促す結果となっている場合、セルフケアは脆弱性を高める可能性があります。

セルフケア導入の使用と取り入れは有機的なものであり、責任の所在（使用者が全責任を負うか、医療従事者が全責任を負うか、あるいはその中間のどこか）も各介入や異なる人口集団によって時とともに変化する可能性があります。SRHRプログラムを通じて人権に基づく法律や政策を完全に実施することが、健康と人権を守るための基礎となります。

対象者

本ガイドラインの第一の対象者は、セルフケア導入の提供や推進に関する意思決定や助言に対して責任を負う、各国と国際的な政策立案者、研究者、プログラム管理者、医療従事者（薬剤師を含む）、ドナー、と市民団体です。第二の対象者は、製品開発者です。また、今回の新ガイドラインは、推奨事項の影響を受ける人々、つまり自分自身でケアを行う人や介護者にとっても支援となることが期待されています。

ここに提示するガイダンスは、保健サービスが行き届いていない集団のニーズや権利に合ったサービスの提供において最も大きな課題に直面する、資源の少ない環境で行われる保健サービスや保健プログラムにとって最も有益となると考えられます。しかし、本ガイドラインはあらゆる環境に該当するものであり、したがってグローバルなガイダンスととらえるべきです。全世界に関連のあるこれらの推奨事項の実施に際して、WHOの各地域や加盟国では、経済状況と既存の保健サービスや医療機関を考慮して、現地の状況に合ったものに行うことができます。

ガイドライン作成プロセス

本ガイドラインは、WHOのガイドライン作成に関する基準と要件に従い、WHO Guidelines Review Committeeの監督の下で作成されました。本ガイドラインの推奨事項は、すべてGuideline Development Group（GDG）によって作成され、ガイドラインの方法論専門家がGRADEアプローチ

（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）を用いて支援しました。方法の詳細については、本文書の付録2に記載しています。特に、付録2の2.4項では、本ガイドラインで対処する課題や、本ガイドラインに含める具体的な推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメントをどのように決定したかを説明しています。

研究アジェンダの作成

セルフケアに関する今後の研究は、（i）セルフケア導入の開発、（ii）セルフケア導入の提供、という2つの大きな分野に分けて概念化することができます。

有効性、安全性、実施、と提供に焦点を当てた研究の根拠となるのは、個人、集団、コミュニティ、と医療従事者の観点やシステムの観点です。そのため、測定するアウトカムを該当する観点到合わせて選択するよう注意する必要があります。費用や費用対効果の研究についても同様なことが言えます。

セルフケアにおいてデジタルヘルスやデジタル治療の導入が進んでおり、これによってリアルタイムでリアルワールドエビデンスを生成する新たな機会がもたらされています。しかし、それには倫理的なセルフケア研究を実施する上で、プライバシー、セキュリティ、と個人情報の管理を必ず含めることが求められます。透明性、信頼の風土、そして研究の参加者と実施者の相互利益が、持続可能な研究環境をつくる上で最も重要になります。ガイドライン作成プロセスとGDGの対面会議において、GDGのメンバーはさらなる一次資料による研究を通じて対処する必要がある重要な知識のギャップを特定しました。

本ガイドラインの第5章では、既存のエビデンススペースの限界について考察し、SRHRのためのセルフケアの実現環境に関する実際的な研究課題を示して、本ガイドラインにおける新規の推奨事項に関して特定された研究のギャップに対処する課題を挙げ、人権や公平性を評価するためのいくつかのアウトカム領域に関連したセルフケア導入に関する実際的な研究課題を挙げています。

ガイドラインの実施、適用、モニタリング、と評価

本ガイドラインの推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項を効果的に実施するには、特に低・中所得国においては、医療の再編と医療資源の再分配が必要になる可能性が高いと考えられます。考えられる障害については、第6章で概説します。さまざまな戦略を適用して本ガイドラインの基礎となる人中心型のアプローチと重要原則が確実に運用されるようにし、さまざまな状況における障害に対処してガイダンスを実施しやすくします。

これらの推奨事項の実施状況と影響は、既存の指標に基づき、保健サービス、地域、と国レベルでモニタリングします。しかし、セルフケアがプライベートな場所で行われることを考えると、特に保健サービスが行き届いていない集団による取り入れや使用に重点を置き、影響を受けるコミュニティのエンゲージメントを得て、介入の影響を評価する代替的な方法を開発する必要があります。

ガイドラインの更新

ここで発表する推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項は、健康のための優先的なセルフケア導入のサブセットとなります。本ガイダンスは、新たなエビデンスの入手や、政策とプログラムの進捗状況に応じて、随時更新・拡大していきます。本ガイドラインは「リビングガイドラインリビング」とされ、新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことにより、適切なガイダンスを迅速

に発行して、国やプログラムが採用・実施できるようにします。

推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項の要約

表1は、(i) 出産前、分娩時、と出産後のケアの改善、(ii) 不妊治療サービスを含む家族計画のための質の高いサービスの提供、(iii) 安全でない妊娠中絶の根絶、(iv) 性行為感染症(HIVを含む)、生殖器系感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科疾患との闘い、(v) 性の健康の促進、(vi) 心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患をテーマとして、セルフケア導入に関する新規と既存の推奨事項と新規の留意事項を示したものです。

表2は、(i) 人権、ジェンダー平等、と公平性に関する留意事項、(ii) 財政面と経済面での留意事項、(iii) 医療従事者に必要な訓練、(iv) 集団固有の実施面での留意事項、(v) デジタルヘルス介入、(vi) 環境面での留意事項をテーマとして、セルフケア導入に関する新規と既存のグッド・プラクティス・ステートメントと2つの新規の推奨事項を示しています。

推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項が新規の場合は、その旨を記載しています。



表1. セルフケア導入に関する推奨事項と重要な留意事項

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
出産前・出産時・出産後ケアの改善	
帝王切開の削減に向けた女性を対象とする非臨床的介入	
推奨事項 1	女性に対する健康教育は、妊娠管理に欠かすことのできない要素です。以下の教育的介入と支援プログラムは、的を絞ったモニタリングと評価を併用した場合に限り、帝王切開での出産を削減するために推奨されます。 (特定の状況に対する推奨、確実性が低いエビデンス)
推奨事項 1a	出産訓練ワークショップ（内容には、分娩への恐怖心や分娩の痛みに関するセッション、薬理的な痛みの緩和方法とその効果、非薬理的な痛みの緩和方法、帝王切開と経陰分娩の長所と短所、帝王切開の適応と禁忌などが含まれます）。 (確実性が低～中程度のエビデンス)

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
推奨事項 1b	看護師主導による応用リラクゼーションの訓練プログラム（内容には、妊娠中の不安やストレス関連の問題に関するグループディスカッション、深呼吸法などの応用リラクゼーション手法の目的などが含まれます）。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
推奨事項 1c	カップルを対象とした心理社会的予防プログラム（内容には、感情面でのセルフマネジメント、コンフリクトマネジメント、問題解決、コミュニケーション、と両親の積極的な共同子育てを促進する相互支援戦略などが含まれます）。本推奨事項における「カップル」には、夫婦／恋人、最も親密な関係にある人々、又はその他の親密な人々が含まれます。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
推奨事項 1d	心理教育（痛みに対して恐怖心がある女性を対象とするもの。恐怖や不安、分娩への恐怖心、反応の正常化、分娩の段階、病院での一般的な手順、出産プロセス、痛みの緩和〔療法士や助産師が主導〕などに関する情報によって構成されます）。 (<i>確実性が低～中程度のエビデンス</i>)
自己管理で行う一般的な生理的症状に対する介入	
推奨事項 2	教育的介入や支援プログラムについて、より効果の高いものとして推奨される特定のフォーマット（パンフレット、動画、ロールプレイ教育など）はありません。
吐き気や嘔吐に対する介入	
推奨事項 3	妊娠初期の吐き気の緩和には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、生姜、カモミール、ビタミン B6、鍼治療が推奨されます。
胸やけに対する介入	
推奨事項 4	妊娠中の胸やけの予防や緩和には、食事や生活習慣に関する助言が推奨されます。生活習慣を改善しても緩和されない厄介な症状がある女性には、制酸剤を提供することができます。
脚のけいれんに対する介入	
推奨事項 5	妊娠中の脚のけいれんの緩和には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、マグネシウム、カルシウム、又は非薬理学的な治療選択肢を使用することができます。
腰や骨盤の痛みに対する介入	
推奨事項 6	腰や骨盤の痛みの予防には、妊娠期間全体を通じて定期的に運動をすることが推奨されます。その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、理学療法、腹帯、鍼治療など、さまざまな治療選択肢を使用することができます。
便秘に対する介入	
推奨事項 7	食生活を改善しても効果が見られない場合、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、小麦ふすまやその他の食物繊維サプリメントを使用することができます。
静脈瘤や浮腫に対する介入	
推奨事項 8	妊娠中の静脈瘤や浮腫の管理には、その人の好みや利用可能な選択肢に基づき、着圧ストッキングを履く、脚を高くする、水に浸すといった非薬理学的な選択肢を使用することができます。

紹介		推奨事項と重要な留意事項 ^a
分娩第 1 期の遅れを防ぐために自己管理で行う痛みの緩和		
推奨事項 9	分娩の遅れを防ぎ、陣痛促進剤の使用を減らすことを目的とした痛みの緩和は推奨されません。 (条件付き推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
鉄と葉酸サプリメント		
推奨事項 10a（新規）	WHO では、今後 3 ヶ月以内に妊娠を計画している人が、医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
推奨事項 10b（新規）	WHO では、妊娠中の人、医療従事者の主導による葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として鉄と葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
推奨事項 10c（新規）	WHO では、出産後の人が、医療従事者の主導による鉄と葉酸サプリメントの提供に加え、追加の選択肢として鉄と葉酸サプリメントのセルフマネジメントを利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
妊娠中の血圧の自己観察		
推奨事項 11（新規）	WHO では、妊娠高血圧症候群の人が、出産前診察時のみの医療従事者による病院での血圧モニタリングに加え、追加の選択肢として妊娠中に血圧の自己観察を利用できるようにすることを推奨します。 (条件付き推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
妊娠中の蛋白尿の自己検査		
重要な留意事項 1（新規）	非蛋白尿性高血圧の妊婦では、自宅で行う尿の自己検査は、蛋白尿を検出するために入院診療を受けることに比べて、ある程度のベネフィットがある可能性がありますが、臨床医はそうしたベネフィットと本人の負担増加とのバランスを取る必要があります。	
妊娠中の血糖値の自己観察		
推奨事項 12（新規）	WHO では、妊娠糖尿病と診断された人が、出産前診察時の医療従事者による病院での血糖値モニタリングに加え、追加の選択肢として妊娠中に血糖値の自己観察を利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
出産前ケアの利用と質の向上を目的とした妊婦による症例記録		
推奨事項 13	WHO では、ケアの継続性と質を向上し、妊娠体験を改善するために、妊娠中は各妊婦が自身の症例記録を所持することを推奨します。	
不妊治療サービスを含む家族計画のための質の高いサービスの提供		
避妊注射の自己管理		
推奨事項 14	生殖年齢の人に対して避妊注射を行うための追加的なアプローチとして、避妊注射の自己投与を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)	

紹介		推奨事項と重要な留意事項 ^a
市販の経口避妊薬を使用した避妊法の自己管理		
推奨事項 15	経口避妊薬（OCP）の使用者が、市販の経口避妊薬を処方箋なしで利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
市販の緊急避妊薬の利用		
推奨事項 16（新規）	WHO では、緊急避妊薬の使用を希望する人が、市販の緊急避妊薬を処方箋なしで利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)	
妊娠調節を目的とした排卵予測キットによる自己診断		
推奨事項 17	妊娠を希望している人が妊娠管理を行うための追加的なアプローチとして、在宅用の排卵予測キットを利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が低いエビデンス)	
コンドームの使用		
推奨事項 18	男性用と女性用コンドームを一貫して正しく使用することは、HIV の性感染を予防すること、HIV 感染不一致のカップルにおける男性から女性と女性から男性への HIV 感染リスクを削減すること、尖圭コンジローマや子宮頸がんを含むその他の性感染症（STI）と関連疾患にかかるリスクを削減すること、並びに意図せぬ妊娠を予防することにおいて極めて有効です。	
推奨事項 19	すべての重要集団に対し、HIV と STI の性感染を予防するために、コンドームに適した潤滑剤を併用して男性用と女性用コンドームを正しく一貫して使用することが推奨されます。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)	
推奨事項 20a	その人の好みや予想される使用量に応じて、最大 1 年分の経口避妊薬を提供するようにします。	
推奨事項 20b	プログラムでは、女性に経口避妊薬に対する最大限のアクセスを提供することの望みさと、避妊薬の供給と物流に関する懸念のバランスを取る必要があります。	
推奨事項 20c	再供給システムには柔軟性を持たせ、女性が必要な量の避妊薬を必要な時に容易に入手できるようにすべきです。	
妊娠の自己検査		
推奨事項 21（新規）	WHO では、妊娠検査を希望する人が、医療従事者の主導による妊娠検査に加え、追加の選択肢として妊娠の自己検査を利用できるようにすることを推奨します。 (強い推奨、確実性が非常に低いエビデンス)	
安全でない妊娠中絶の根絶		
妊娠第 1 期における薬剤による中絶プロセスの自己管理		
推奨事項 22	厳格な研究環境において、薬剤による中絶への適格性の自己評価を行うことが推奨されます。	

紹介	推奨事項と重要な留意事項 ^a
推奨事項 23	特定の状況下では、医療従事者の直接的な監督なしで、ミフェプリストンとミソプロストールの投薬管理を行うことが推奨されます。この選択肢は、女性が正確な情報源を利用でき、かつ、このプロセスのあらゆる段階で必要な場合又は希望する場合に医療従事者にアクセスすることができる状況において推奨されます。
推奨事項 24	特定の状況下では、妊娠検査とチェックリストを用いて中絶プロセスの完全性の自己評価を行うことが推奨されます。この選択肢は、ミフェプリストンとミソプロストールの両方を使用する場合に、女性が正確な情報源を利用でき、かつ、このプロセスのあらゆる段階で必要な場合又は希望する場合に医療従事者にアクセスすることができる状況において推奨されます。
中絶後のホルモン避妊法の開始	
推奨事項 25	特定の状況下では、避妊注射の自己投与が推奨されます。この選択肢は、女性に適切な情報と訓練を提供する仕組みがあり、医療従事者への紹介がしっかり連携しており、モニタリングとフォローアップが確保できる状況において推奨されます。
推奨事項 26	ミフェプリストンとミソプロストールの併用レジメン又はミソプロストール単剤投薬計画での薬剤による中絶を受ける人で、ホルモン避妊法（経口避妊薬、避妊パッチ、避妊リング、避妊インプラント、又は避妊注射）の使用を希望する人には、薬剤による中絶計画の最初の錠剤服用後ただちにホルモン避妊法を開始する選択肢を提供することを提案します。
性行為感染症（HIV を含む）、生殖器感染症、子宮頸がん、とその他の婦人科疾患との闘い	
ヒトパピローマウイルス（HPV）の自己採取	
推奨事項 27	30～60 歳の人を対象とした子宮頸がんスクリーニングにおけるサンプル採取のための追加的なアプローチとして、HPV の自己採取を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
STI 検査用サンプルの自己収集	
推奨事項 28	STI 検査サービスを提供するための追加的なアプローチとして、 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> （淋菌）と <i>Chlamydia trachomatis</i> （クラミジア・トラコモナス）用サンプルの自己収集を利用できるようにすべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 29	STI 検査サービスを提供するための追加的なアプローチとして、 <i>Treponema pallidum</i> （梅毒トレポネーマ）と <i>Trichomonas vaginalis</i> （膺トリコモナス）用サンプルの自己収集を検討することができます。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)
HIV の自己検査	
推奨事項 30	HIV 検査サービスの追加的なアプローチとして、HIV の自己検査を提供すべきです。 (強い推奨、確実性が中程度のエビデンス)
HIV とともに生きる女性の自己効力感とエンパワメント	
推奨事項 31	HIV とともに生きる女性が、自身の健康を最大限に高められるようにし、権利を行使できるようにするために、これらの女性に対して性と生殖に関する健康と権利にまつわる自己効力感とエンパワメントに関する介入を提供すべきです。 (強い推奨、確実性が低いエビデンス)

介入		推奨事項と重要な留意事項 ^a
HIV 予防を目的とする薬局・薬店を通じた曝露前予防（PrEP）へのアクセス		
重要な留意事項 2（新規）	薬局・薬店を通じた PrEP の開始と継続 - WHO では、HIV 感染リスクが高い人に対し、経口 PrEP と dapivirine 膣リングを提供することを推奨します。 - 取り入れを確実に増やしていくためには、PrEP への公平なアクセスと利用に加え、その使用に関する情報が不可欠です。 - 薬局・薬店を通じた PrEP の提供は、コミュニティにおける PrEP へのアクセスを拡大するまたとない機会となる可能性があります。 - 薬局・薬店を通じた PrEP の提供モデルは、HIV 検査、クレアチニン検査、と適宜その他の検査やカウンセリングを含め、WHO が提案する PrEP の開始・維持手順を確実に遵守すべきです。 - 薬局・薬店での PrEP 提供の決定には、現地の法規制との調整、適切な保健システムとの連携、とコミュニティ・エンゲージメントが必要になります。	
性の健康の促進		
性の健康のための潤滑剤の使用		
推奨事項 32（新規）	WHO では、性的に活発な人が性行為中に潤滑剤を任意でできるようにすることを推奨します。 （強い推奨、確実性が中程度のエビデンス）	
トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人を対象としたジェンダー・アファーマーミング・ホルモンの自己投与		
重要な留意事項 3（新規）	- 質の高いジェンダー・アファーマーミング・ホルモンの提供という重要な介入へのアクセスを拡大し、性自認に基づく差別を減らしていくためには、その提供においてジェンダー平等と人権の原則が重要になります。 - トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人々は、差別、排除、貧困、と暴力にさらされるリスクが高い、社会的、法的、経済的、と政治的システムの中で生活しています。 - エビデンスに基づくガイダンスを裏付ける研究が喫緊に必要です。	
心血管疾患や糖尿病を含む非感染性疾患		
心血管疾患		
自己測定による血圧のモニタリング		
推奨事項 33	技術が確実に手ごろな価格で利用できるようになっている場合、適切な患者における高血圧の管理に対して、自己測定による血圧のモニタリングを使用することが推奨されます。 （強い推奨、確実性が低いエビデンス）	
血液凝固の自己観察		
推奨事項 34	技術が確実に手ごろな価格で利用できるようになっている場合、経口抗凝固薬の投与を受けている適切な患者において、血液凝固の自己観察を行うことが推奨されます。 （弱い推奨、確実性が中程度のエビデンス）	
推奨事項 35	手ごろな価格で利用できる場合、医療従事者と合意した行動計画に従い、経口抗凝固薬の投与を受けている患者において、血液凝固の自己観察と用量の自己調節を行うことが推奨されます。 （条件付き推奨、確実性が中程度のエビデンス）	

介入	推奨事項と重要な留意事項 ^a
糖尿病	
血糖値の自己観察	
推奨事項 36	インスリンを使用していない 2 型糖尿病患者の管理における血糖値の自己観察の使用は、推奨を裏付けるエビデンスが不十分であるため、現時点では推奨されません。 (条件付き推奨、確実性が中程度のエビデンス)
推奨事項 37	インスリンを使用している 1 型と 2 型糖尿病患者には、個々の臨床的ニーズに基づいて、血糖値の自己観察を提供すべきです。 (条件付き推奨、確実性が低いエビデンス)

^a 既存の推奨事項の一部は、GRADE 法の体系的な使用以前に作成されたため、推奨の強さと／又はエビデンスの確実性が規定されていません。該当するガイドラインを GRADE の枠組みを用いて更新する際には、文言を適宜更新します。



表 2. セルフケア導入の実施面とプログラム面での留意事項に関する推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント

介入	推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント
人権、ジェンダー平等、と公平性に関する留意事項	
グッド・プラクティス・ステートメント 1 (新規)	健康のためのあらゆるセルフケア導入には、介入自体と関連するコミュニティベースや施設ベースの医療サービスとリンクさせる方法に関する利用しやすいフォーマットと言語を使用した正確かつ理解可能で実用的な情報と、介入に関する決定や介入の使用を支援する医療従事者又は訓練を受けたピアサポーター（障がいや病気の経験があり、その経験を活かして同じ境遇にある仲間をサポートする人）と交流する機会がセットになっていなければなりません。
グッド・プラクティス・ステートメント 2 (新規)	健康のためのセルフケア導入の提供は、介入の選択肢や、保健サービスとの関わりの程度や関わり方における柔軟性を含め、いつ、どのように医療を受けるかに関する選択肢を増やすことにつながるべきです。
グッド・プラクティス・ステートメント 3 (新規)	健康のためのセルフケア導入とそれを提供する仕組みは、個人やコミュニティが質の高い介入にアクセスする上で直面する障害、ニーズや優先事項、必要とする支援の性質、と希望するアクセスポイントに違いがあることを認識し、あらゆるジェンダーのすべての人のニーズに対応するように設計すべきです。
グッド・プラクティス・ステートメント 4 (新規)	各国は、法律、政策、と規制を必要に応じて見直し、質の高いセルフケア導入がコミュニティで広く利用できるようにし、公共、民間、とコミュニティベースの医療従事者を通じて、差別されることなくすべての人がそうした介入にアクセスできるようにし、使用者に受け入れられるようにすべきです。

紹介		推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント	
財政面と経済面での留意事項			
グッド・プラクティス・ステートメント 5		質の高い保健サービスとセルフケア導入を、医療倫理の原則、スティグマ・強制・暴力の回避、非差別、と健康に対する権利に基づき、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団がアクセス可能で、手ごろな価格で利用でき、受け入れることのできるものにすべきです。	
医療従事者に必要な訓練			
グッド・プラクティス・ステートメント 6（改変）		医療従事者は、繰り返し適切な教育を受け、必要な知識、技能、と態度に裏打ちされた、健康に対する権利・秘密保持・非差別に基づくセルフケア導入を提供する能力を確実に備えているようにすべきです。	
タスクの合理的な委任とタスク共有			
グッド・プラクティス・ステートメント 7		各国は、患者団体やコミュニティを含む関連するステークホルダーと協力しながら、公平な健康アウトカムにつながる効果的な形で、保健チームのメンバーとして、個人、介護者、とコミュニティにタスクを合理的に委任することを実施と／又は拡大・強化していくことを検討すべきです。	
グッド・プラクティス・ステートメント 8		適切な場合、訓練を受けた医療従事者ではないセルフケアラーや介護者が、安全で支援的な保健システムの環境の中で、特にセルフケアやセルフケア導入の使用との関連において、医療の特定の側面を医療従事者の責任の下で管理する力をつけられるようエンパワメントを図ることができます。	
能力に基づく医療従事者の訓練			
グッド・プラクティス・ステートメント 9（改変）		各国は、調和・標準化された、能力に基づく、ニーズ主導型の認定された訓練に対する体系的なアプローチを採用し、医療従事者が以下のための適切な能力を備えているようにすべきです： ・心のレジリエンス、健康、ウェルビーイングを促進するセルフケア実践に関わり、支援する。 ・その人が医療の自己モニタリングやセルフマネジメントをどの程度希望し、どの程度する力があるかを判断する。 ・セルフケア導入へのアクセスと、セルフケア導入の正しい使用と取り入れを推進する。 ・生活者に対し、医薬品や治療の準備とピアサポーター（障がいや病気の経験があり、その経験を活かして同じ境遇にある仲間をサポートする人）に関する教育を行う。	
集団固有の実施面での留意事項			
人道危機やパンデミック危機における実施面での留意事項			
推奨事項 38		WHO では、デジタルヘルスサービス、セルフケア導入、タスク共有、とアウトリーチを優先項目とし、施設ベースでの性と生殖に関する保健サービスの提供が妨げられた場合に、治療薬、診断薬、医療機器、情報、カウンセリングへのアクセスを確保できるようにすることを推奨します。	
推奨事項 39		WHO では、メンタルヘルスケアと心理社会的支援の提供やセルフケア戦略の推進など、労働衛生対策やスタッフの安全対策を最大限に取ることを推奨します。	
ライフコース・アプローチ			
グッド・プラクティス・ステートメント 10		セルフケア導入に関する鋭敏化は、ライフコース全体を通じたさまざまな環境や状況におけるその人固有のニーズに合わせて調整すべきであり、また、ライフコース全体を通じた性と生殖に関する健康と権利を認識する必要があります。	

紹介		推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメント
サービスが行き届いていない社会から取り残された集団における実施面での留意事項		
グッド・プラクティス・ステートメント 11（改変）	サービスが行き届いていない社会から取り残された集団の人々が、完全かつ快適な性生活を送り、生殖に関する健康について幅広い選択肢にアクセスすることができるようにすべきです。	
グッド・プラクティス・ステートメント 12（改変）	各国は、人権に関する基準に由来する非差別法と保護法の実施と施行に取り組み、サービスが行き届いていない社会から取り残された集団に対するスティグマ、差別、と暴力をなくしていくべきです。	
グッド・プラクティス・ステートメント 13（新規）	トランスジェンダーや性別に多様性のある人が、性同一性保持ホルモンを自己投与する場合には、エビデンスに基づく情報、高品質の製品、滅菌処理した注射器具へのアクセスが必要です。	
デジタルヘルス介入		
グッド・プラクティス・ステートメント 14（改変）	デジタルヘルス介入は、セルフケア導入を推進し、セルフケア導入に関する情報や、意見交換の場を提供する機会をもたらします。	
グッド・プラクティス・ステートメント 15（改変）	対面型の保健サービスを補うため、顧客主導で医療従事者が提供する遠隔医療により、セルフケア導入を支援することができます。	
グッド・プラクティス・ステートメント 16（改変）	特定の顧客に的を絞って医療従事者が行うセルフケア導入に関するデジタルコミュニケーションは、健康アウトカムのモニタリングや評価の実施に役立つ可能性があります。	
環境面での留意事項		
グッド・プラクティス・ステートメント 17	セルフケア製品から出る廃棄物の安全で確実な処分をあらゆるレベルにおいて推進すべきです。	
グッド・プラクティス・ステートメント 18	各国、ドナー、と関連するステークホルダーは、無駄の少ない製品、リサイクル可能な製品、又は廃棄物の有害性が低い製品を選択することや、使用量を少なくすることにより、環境上好ましいセルフケア製品の購買に取り組むべきです。	

リビングガイドライン

このリビングガイドラインは、ユーザーフレンドリーで操作しやすいオンライン・プラットフォームでも利用でき、それによって新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことができます。このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

[出産前ケア](#)、[家族計画](#)、HIV、とその他のトピックを対象としたセルフケア導入に関する SMART（基準に基づく、機械可読、適応的、要件に基づく、検証可能）ガイドラインは、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/smart-guidelines>

1.

はじめに



第1章

本章の内容



本章では、セルフケアとセルフケア導入に関する重要な背景情報とガイドラインの概要を提供します。これには、ガイドラインの作成方法、使用方法、対象範囲の簡単な要約が含まれます。

背景

p. 2

目的

p. 7

リビングガイドラインという
アプローチ

p. 7

セルフケアとセルフケア導入の
定義

p. 8

対象範囲

p. 9

対象者

p. 11

価値観と好み

p. 11

ガイドライン作成・
編集プロセス

p. 12



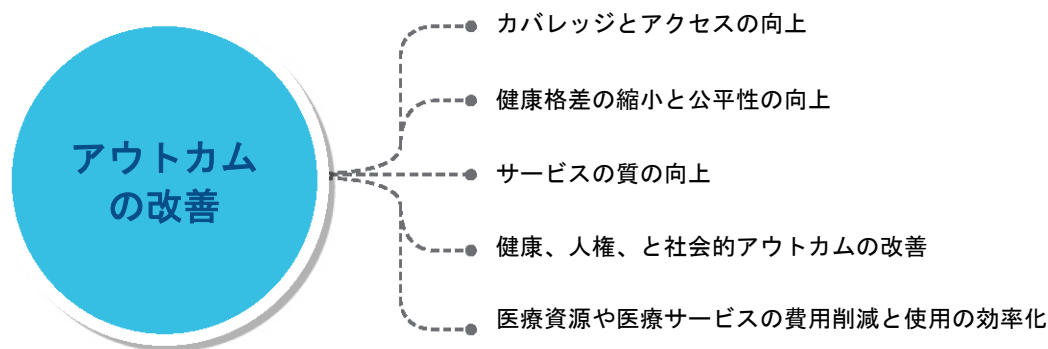
1.1 背景

セルフケア導入は、保健システムの観点からも、これらの介入の利用者にとって、健康とウェルビーイングを向上するための最も有望で刺激的な新しいアプローチです。セルフケア導入は、すべての人にとって有益となり、ユニバーサル・ヘルスを実現に近づける可能性を秘めています。これらの介入は、アクセス可能で、受け入れることのできる、手ごろな価格のものであれば、選択肢を増やし、自律性を高められる可能性があります。多くの形のセルフケアが実践されており、多くの場合、医療専門家から学んだ医学的治療や伝統的治療を自ら行う形が取られています。これは、COVID-19 パンデミックなどの世界的な健康上の緊急事態において、あらゆる場所であらゆる人にとって特に重要となっており、中でも費用や医療機関へのアクセス制限が保健医療を求める行動が制約されている人やコミュニティにとって特に重要となります（1）。例えば、タイ北東部の地方では、膣分泌物や骨盤痛などの子宮関連の愁訴（*mot luuk*）の 80% が自己治療

で治療されており、多くの場合、こうした愁訴に対するテトラサイクリンのブランド製品の販促広告を目にして購入した市販品の抗生物質を少量使用した自己治療が行われています（2）。したがって、質の高いセルフケア導入により生活者が自身の健康や医療について情報に基づく意思決定をする機会を増やせるようにするためには、エビデンスに基づく標準的なガイダンスを設けることが重要です。

セルフケア導入は、セルフケアラーや介護者にとって、健康に関する自己決定、自己効力感、自律性、とエンゲージメントの向上に向けた大きな後押しとなります。リスクとベネフィットの算定は状況や集団によって異なる可能性があります。適切な規範的ガイダンスと安全で支援的な実現環境があれば、セルフケア導入は、各人が自らのケアに積極的に関わっていくことを推進するとともに、さまざまな仕組みを通じて健康アウトカムの向上を実現していく画期的な手段となります（図 1.1 を参照）。

図 1.1. セルフケア導入に伴うアウトカムの改善



1.1.1 保健システムの支援におけるセルフケア導入の役割

2030 年までに世界で 1800 万人の医療従事者が不足すると予想されており（3）、人道危機や COVID-19 などのパンデミックを含む世界的な脅威の下で援助を必要とする人は 1 億 3000 万人という記録的な数にのぼります。全世界で少なくとも 4 億人以上が基礎的な保健サービスにアクセスできない状態であり、毎年 1 億人もの人々が医療費の自己負担によって貧困に陥っています（4）。したがって、従来の保健部門の対応を超えた革新的な戦略を見つけることが急務です。

また、図 1.2 に示すように、セルフケア導入は世界保健機関（WHO）の第 13 次総合事業計画の全 3 分野に関連しています（5）。WHO は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成、健康の促進、世界の安全維持、と社会的弱者への奉仕に向けた取り組みの重要な要素として、あらゆる国や経済環境に対してセルフケア導入を推奨しています。

図 1.2. WHO 第 13 次総合事業計画の戦略的優先事項と「3 つの 10 億人目標」



1.1.2 プライマリ・ヘルスケア、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、とその他のグローバルイニシアチブ

プライマリ・ヘルスケアの向上を目的としたものを含むグローバルイニシアチブにおいて、セルフケア導入に対する認識が高まっています（6、7）。アスタナ宣言では、すべてのステークホルダー（医療専門家、学界と研究者、患者、市民団体、地域と国際的なパートナー、当局と財団、民間部門、信仰に基づく組織）に対し、プライマリ・ヘルスケアの 3 つの主要な要素に重点的に取り組むよう求めています：

1. プライマリケアと基礎的な公衆衛生機能を優先事項として、ライフコース全体にわたり、包括的かつ統合的な保健サービス（健康促進、保護、予防、根治、リハビリテーション、と緩和を目的としたものを含む）を通じて人々のニーズを満たす。
2. すべての部門でエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より幅広い健康の決定要因（社会的、経済的、と環境的要因と、生活者の特性や行動を含む）に対して体系的に取り組む。
3. 健康とウェルビーイングを促進・保護するための政策の支持者として、保健サービスや社会福祉サービスの共同開発者として、また、セルフケアラーや介護者として、個人、家族、とコミュニティが自身の健康を最適化する力をつけられるようにエンパワメントを図る。

表 1.1 で、セルフケア導入が重要な役割を果たすグローバルイニシアチブの例をいくつか概説します。

プライマリ・ヘルスケアは、UHC を達成するための基本的要素です。UHC の達成には、保健サービスの提供におけるパラダイムシフトが必要であり、セルフケア導入はそうしたパラダイムシフトを起こすのに大きく貢献する可能性があります。プライマリ・ヘルスケアの一部としてのセルフケアは、持続可能な開発目標 3（SDG 3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する）のターゲット 3.8 である、UHC を支援する持続可能な保健システムのかなめです。

各国の UHC に向けた取り組みを支援するため、WHO では UHC Compendium（保健サービスと部門横断的介入に関するウェブサイトとデータベース）を作成しました。これは、情報を整理して提示する戦略的な方法を提供し、保健サービスや健康介入について考えるための枠組みを構築します（8）。

このデータベース¹は、健康促進、予防、組成、根治、リハビリテーション、と緩和を目的としたあらゆる種類のサービスに加え、セルフケアを含む補完的な部門横断的介入を網羅しています。

¹ <https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database> から入手可能。

表 1.1. セルフケア導入を含むグローバルイニシアチブの例

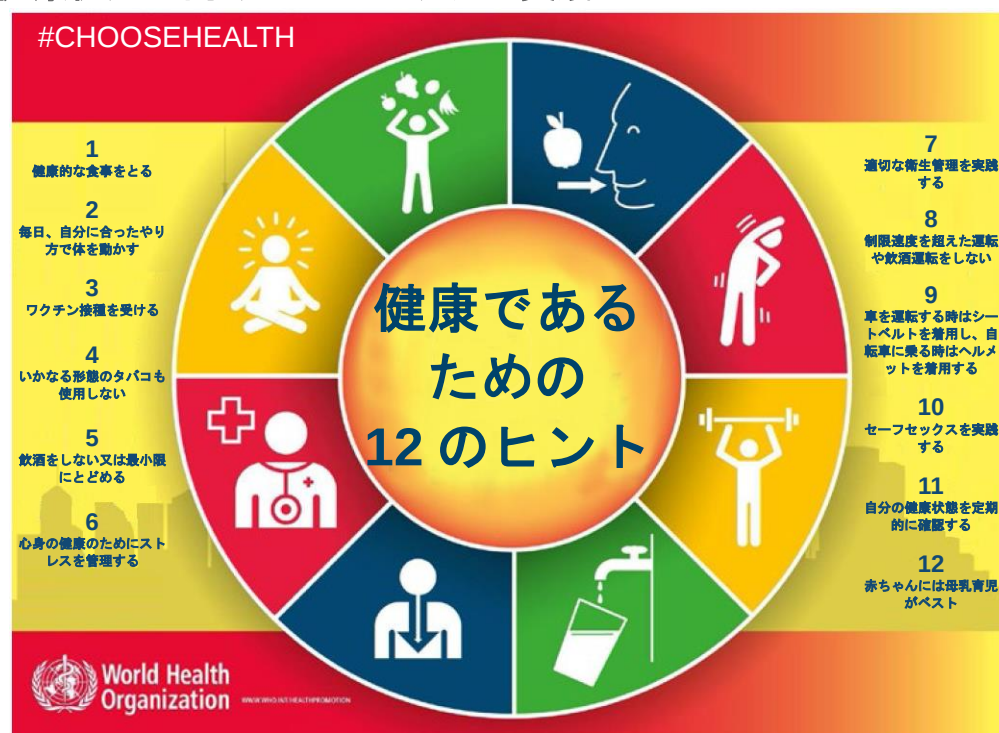
イニシアチブ	介入	Web アドレス
非感染性疾患の予防と管理のためのグローバル行動計画（Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases）、2013～2020 年	心血管疾患や糖尿病などの健康問題を改善するためのセルフケア戦略	https://www.who.int/publications/item/9789241506236
HIV に対する保健部門のグローバル戦略（Global health sector strategy on HIV）、2016～2021 年	生活者とそのパートナーの検査率を改善するための HIV の自己検査	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf
性行為感染症に対する保健部門のグローバル戦略（Global health sector strategy on sexually transmitted infections）、2016～2021 年	特に淋病、梅毒、クラミジア感染症を対象とした検査と治療を改善するための性行為感染症検査用サンプルの自己収集	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rts/ghss-stis/en
公衆衛生上の問題としての子宮頸がんの根絶を加速させるためのグローバル戦略（Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem）	子宮頸がんのスクリーニングと治療の目標を達成するためのヒトパピローマウイルス検査用自己採取	https://www.who.int/publications/item/9789240014107

1.1.3 健康とウェルビーイングの向上

健康促進により、人々が自らの健康をコントロールする力を高めることができます。健康促進には、治療や治癒のみに焦点を当てるのではなく、体の不調の根本的な原因に対処し、予防するための幅広い社会的介入や環境的介入が含まれます（9）。

WHO は、栄養や身体活動の改善に加え、健康促進の基礎となるヘルスリテラシーなどの基礎的な実現要因も含む、健康促進に向けた幅広いセルフケア導入を推進します（図 1.3 を参照）。

図 1.3. 健康促進に向けたセルフケアの実践のためのヒント

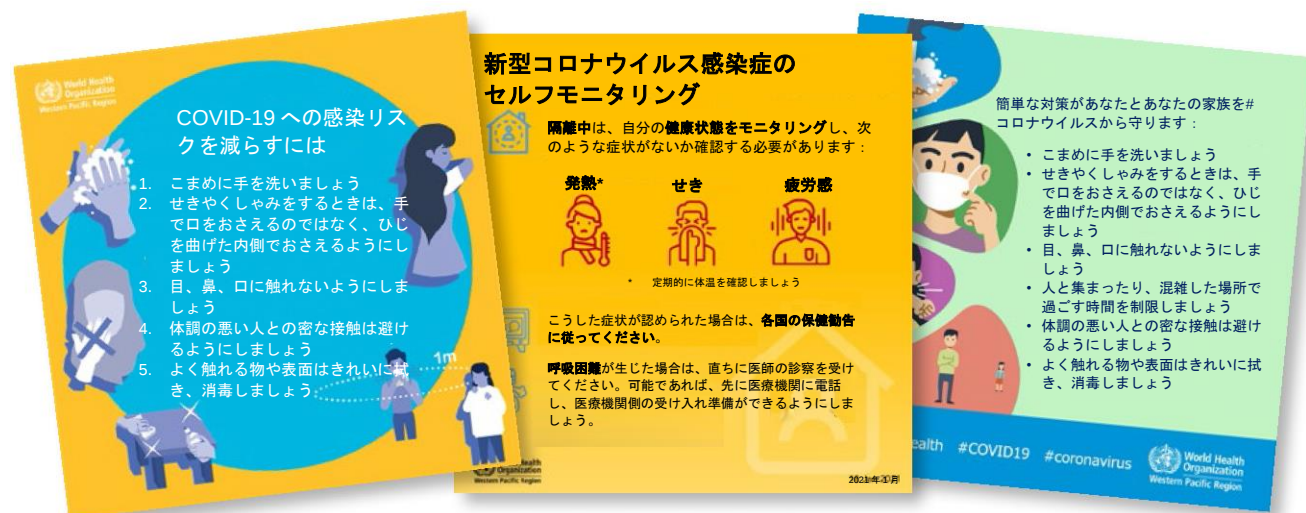


1.1.4 人道危機

紛争や人道危機の影響を受ける環境では、既存の保健システムに対する需要が急速に増大し、多くの場合、個人やコミュニティが否応なく自らの健康を管理することが求められます。推奨される枠組みや「実現環境」（第 2 章で説明）の中で

質の高いセルフケア導入が提供されれば、個人やコミュニティにとって有益となる可能性があります。COVID-19 などのパンデミックでは、対応に不可欠な部分として、フィジカル・ディスタンスの確保、マスクの着用、適切な衛生管理といったセルフケア対策が推奨され、世界中で実践されています（図 1.4 を参照）

図 1.4. WHO が推奨する COVID-19 パンデミックにおけるセルフケア実践例 – 手指衛生



セルフケア導入によって、医療に対する認識、理解、とアクセス方法が変わりつつあり、人々が自分で使用できる治療薬、診断薬、とその他の技術がさらに増える結果となっています。

1.1.5 持続可能な開発目標

SDGs、特に健康とウェルビーイングに関する SDG 3、質の高い教育に関する SDG 4、そしてジェンダー平等に関する SDG 5 は、誰も取りこぼすことがないようにするというビジョンを掲げ、その実現において、質の高い基礎的なサービスのカバレッジと、関連する金銭的リスクからの保護の両面から、最も取り残されている人々にまずリーチアウトすることを求めています。さらに、産業・技術革新・インフラに関する SDG 9 や、つくる責任とつかう責任に関する SDG 12

では、技術革新と持続可能性について取り上げており、セルフケア導入に関しては、セルフケア製品の開発、流通、と廃棄の増加を見込んで対策を取る責任があることを示しています。関連する生産、消費、と廃棄の管理は、環境に配慮する必要があります。不平等の削減に関する SDG 10 は、本ガイドラインの基礎であり推奨事項を作成する上で考慮された倫理と人権の重要原則と特に関連しています。最後に、平和・正義・制度の強化に関する SDG 16 は、司法の透明性、アカウンタビリティ、とアクセスの重要性を強調しています。これらはいずれも、セルフケア導入を含む安全かつ効果的な保健サービスの実現環境の重要な側面となります。ボックス 1.1 に、本ガイドラインに関連する SDGs とターゲットを示します。

ボックス 1.1.関連する持続可能な開発目標とターゲット

SDG 3： あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する

- **ターゲット 3.7：** 2030 年までに、家族計画、情報、と教育を含む性と生殖に関する医療サービスにすべての人がアクセスできるようにし、性と生殖に関する健康を国家戦略や国家プログラムに組み込む
- **ターゲット 3.8：** すべての人に対する金銭的リスクからの保護、質の高い基礎的なサービスへのアクセス、と安全かつ効果的で質の高い手ごろな価格の必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する

SDG 4： すべての人に包摂的かつ公平で質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を推進する

- **ターゲット 4.5：** 2030 年までに、教育におけるジェンダー格差をなくし、障害者、先住民、と弱い立場にある子どもなど、社会的弱者があらゆるレベルの教育や職業訓練に平等にアクセスできるようにする
- **ターゲット 4.6：** 2030 年までに、すべての若者と大多数の成人（男女とも）が、読み書きと基本的な計算ができるようにする

SDG 5： ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワメントを図る

- **ターゲット 5.6：** 国際人口・開発会議の行動計画と北京行動綱領、並びにこれらの検証会議の成果文書に従い、すべての人が性と生殖に関する健康と権利にアクセスできるようにする

SDG 9： 強靱なインフラを整備し、包摂的で持続可能な産業化を推進するとともに、技術革新の拡大を図る

- **ターゲット 9.5：** 2030 年までに技術革新を促進し、100 万人あたりの研究開発従事者数を大幅に増加させ、官民研究開発の支出を拡大するなど、開発途上国をはじめとするすべての国々の産業部門における科学研究を促進し、技術力を向上させる

SDG 10： 国内と国家間の格差を是正する

- **ターゲット 10.3：** 差別的な法律、政策、と慣行の撤廃や、関連する適切な法規、政策、と行動の推進などを通じて、機会均等を確保し、成果の不平等を是正する
- **ターゲット 10.4：** 税制、賃金、と社会保障政策をはじめとする政策を導入し、平等の拡大を着実に達成していく

SDG 12： 持続可能な消費と生産のパターンを確保する

- **ターゲット 12.7：** 国の政策や優先事項に従って、持続可能な公共調達の慣行を推進する
- **ターゲット 12.a：** 開発途上国がより持続可能な消費と生産のパターンを促進するための科学的・技術的能力の強化を支援する

SDG 16： 持続可能な開発に向けて平和で包摂的な社会を推進し、すべての人に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築する

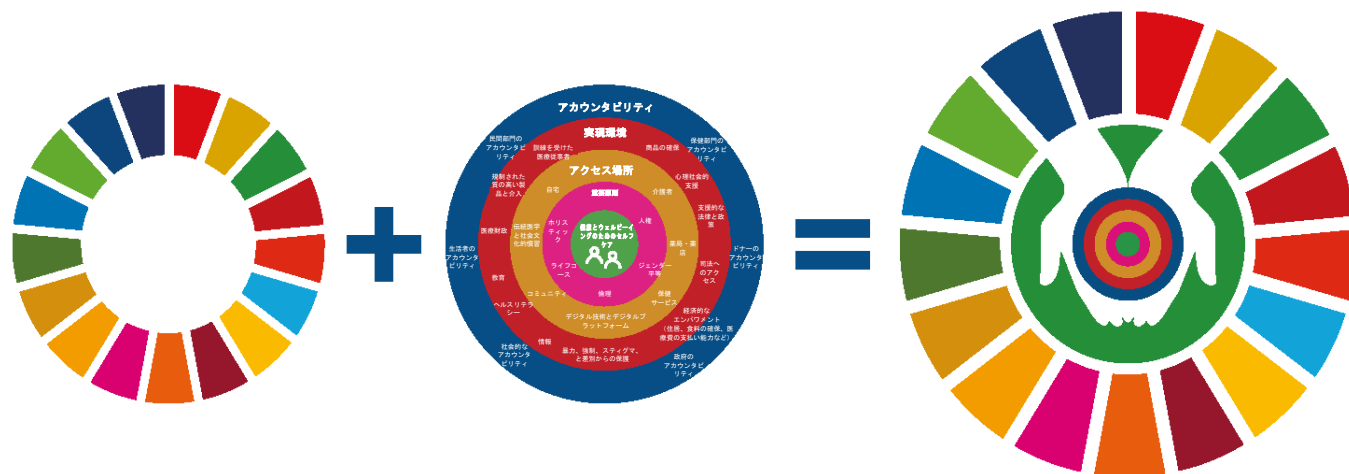
- **ターゲット 16.6：** あらゆるレベルにおいて、効果的で責任ある透明性の高い制度を構築する

出典：United Nations（10）。

セルフケア SDG ロゴ（図 1.5）は、健康のためのセルフケア導入の実施を支援する目的で、本 WHO ガイドラインと関連する WHO/国連共同ツールを推進するために作成されました。人を中心とする考え方はセルフケアの概念に内在するものであり、このロゴはセルフケアラーや介護者としての役

割において 1 人ひとりが健康とウェルビーイングに向けた力を手にすることを象徴しています。このロゴには、セルフケア導入のための枠組みに反映された本ガイドラインの要素がすべて含まれています（第 2 章を参照）。

図 1.5. 持続可能な開発目標を組み込んだ WHO のセルフケアのロゴ



1.2 目的

本ガイドラインの目的は、プライマリケア戦略、包括的で基礎的なサービスパッケージ、と人を中心とする考え方に基づき、個人、コミュニティ、と国が質の高い保健サービスとセルフケア導入を実施・利用するのを支援する、エビデンスに基づく規範的ガイダンスを提供することです。

本ガイドラインの具体的な目標は、以下のとおりです：

- 健康の推進を含め、サービスが行き届いていない集団と、保健システムにおける対応力や資源が限られている環境に重点を置いた、公衆衛生上の重要なセルフケア導入に関する、エビデンスに基づく推奨事項を提供すること。
- 健康のためのセルフケア導入の安全かつ公平なアクセス、取り入れ、と使用を推進し、増やしていくために取り組む必要がある、プログラム面、運用面、とサービス提供面での重要な問題に関するグッド・プラクティス・ステートメントを提供すること。
- 将来の研究やガイドラインに関するプロセスの指針となる特定のトピックに関する重要な留意事項を示すこと。

1.3 リビングガイドラインというアプローチ

動きの速い分野では、「リビングガイドライン」のアプローチを取ることで、新たなエビデンスや情報を継続的に検討し、それらをもとにガイドラインをさらに更新していくことができます。本ガイドラインは、頻繁に随時更新し、ユーザーフレンドリーで操作しやすいウェブベースの動的なプラットフォームに掲載していきます。本文書で発表する推奨事項、グッド・プラクティス・ステートメント、と重要な留意事項は、2019 年に発行されたガイドラインに基づいており、健康のための優先的なセルフケア導入のサブセットとなります。長期的には、今後のバージョンでさらに幅広いセルフケア導入を本ガイドラインに段階的に組み込んでいくことを目指しています。

また、このリビングガイドラインというアプローチにより、新たなエビデンスの入手に伴って既存の推奨事項を更新することや、まだ反映されていない追加の健康分野を組み込むことがしやすくなります。追加の健康分野におけるセルフケア導入に関する今後のガイダンスは、既存のツールやガイダンスに基づいて作成されます。例えば、資源の少ない環境におけるプライマリ・ヘルスケアのための非感染性疾患に関する基礎的な介入の WHO パッケージには、自己検査、セルフメジャーメント、と用量のセルフアジャストメントの使用を含む幅広い推奨事項が含まれます。また、これらの推奨事項では、集団教育や、ユーザーフレンドリーで有効かつ信頼性の高いオンライン情報の重要性についても指摘しています。

このリビングガイドラインというアプローチについては、6.3 項でさらに詳しく説明します。

1.4 セルフケアとセルフケア導入の定義

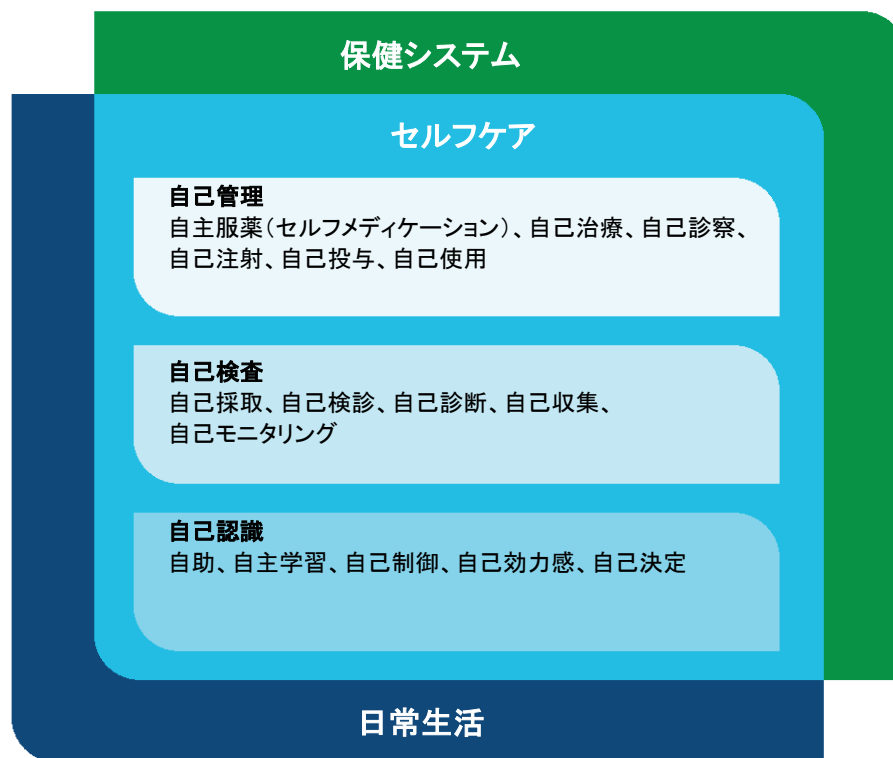
1.4.1 セルフケア

セルフケアとは、個人、家族、とコミュニティが、医療従事者の支援を受けながら、あるいはそうした支援を受けることなく、健康を促進し、病気を予防し、健康を維持し、病気や障害に対処する能力のことです（11）。

したがって、セルフケアの範囲には、健康促進、病気の予防と管理、セルフメディケーション、家族の介護、必要に応じた病院又は専門家の受診やプライマリケアの利用、と緩和ケアを含むリハビリテーションが含まれます（12）。

このセルフケアの定義は、WHO のセルフケアの定義のスコopingレビューに基づいています（付録 3 を参照）。これには、図 1.6 に示すような幅広いセルフケアの実践方法やアプローチが含まれます。

図 1.6. 保健システムとリンクした介入環境におけるセルフケア



出典：Narasimhan et al より許可を得て転載（13）。

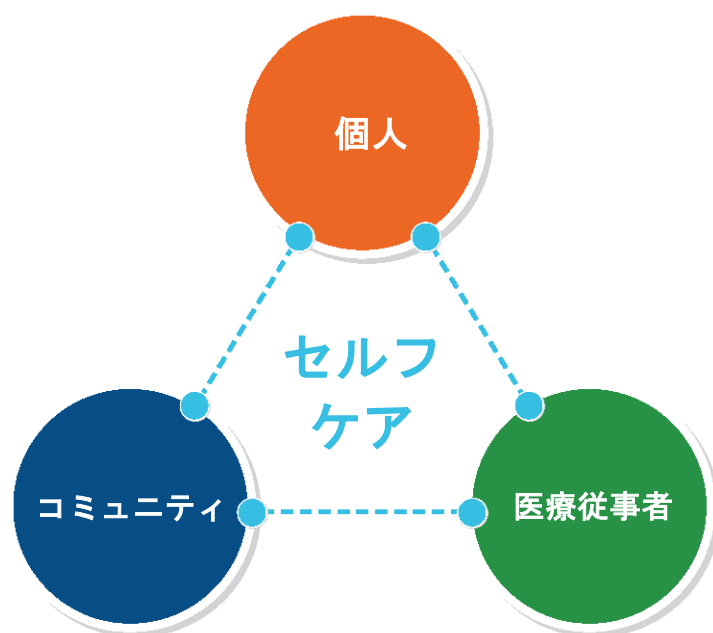
1.4.2 セルフケア導入

セルフケア導入は、セルフケアを支援するツールです。これには、正式な保健サービスの範囲から完全に又は部分的に外れた形で提供され、医療従事者の直接的な監督の下で、あるいはそうした監督なしに使用できる、エビデンスに基づく質の高い薬剤、医療機器、診断薬、とデジタル介入が含まれます。

一部の介入については、人々に十分な知識があり、始めから人の手を借りずに問題なく使用することができます。しかし、中には、人々が介入を受け入れて人の手を借りずに使用できるようになるまでに、より多くのガイダンスや支援が必要な介入もあります。医療従事者による開始又は医療従事者の支援が必要なセルフケア導入は、保健システムとリンクさせ、保健システムが支援する必要があります（図 1.6 を参照）。

また、セルフケア導入は、図 1.7 に示す一連のケアや、健康に対する人中心型のアプローチも支援します。この一連のケアは、生活者としてのセルフケアによる健康介入の使用者だけでなく、介護者の役割を担う人々にも該当します。これらの介入は、利便性、費用、エンパワメント、価値観や日常生活への適合性といった肯定的な理由から選択されることがや、介入が望ましい選択肢をもたすという理由から選択されることがあります。しかし、否定的な理由から選択されることもあり、質の低さ（医療従事者による差別など）やアクセスの欠如（人道危機的環境など）により保健システムの利用を避けるために、セルフケアによる健康介入を選ぶといったこともあります。こうした状況において、セルフケアによる健康介入は理想的とは言えないものの、それ以外にはケアをまったく利用できないという選択肢しかない場合、特に重要な役割を果たします。

図 1.7. セルフケアによる一連のケア



個人的な決定要因

- 知識
- ヘルスリテラシー
- 日々の選択（衛生管理、セーフセックス、リスクの回避、栄養／食事、ワークライフバランス、治療へのアドヒアランス（服薬遵守））

状況的、経済的、感情的、社会的な決定要因

- P2P アクション
- 支援
- カウンセリング
- 健康に関する意思決定へのエンゲージメント

保健システムに関する決定要因

- セルフケアを推進する機会を特定する
- 書面又は視覚資料を提供する
- 健康状態の重症度に合わせた行動／カレンダー／フォローアップ計画の作成を支援する
- 自律性を向上するためのツール、介入、情報を推進する
- 介護者を支援する

1.4.3 セルフケア導入の分類

WHO によるセルフケア導入の分類では、人々のニーズや保健システムの課題への対応を支援することを目的としたセルフケア導入のさまざまな使用方法を分類しています（14）。多くのセルフケア導入は、生活者や介護者を直接標的とし、ケアを探して受けるための代替的な手段を提供していますが、多くの場合、より広範な保健システムレベルで行われています。そのため、この分類は主に保健システムに重点を置き、セルフケア導入を保健システムの課題に対応するための戦略としてどのように適用できるかを分析しています。そして、こうした戦略に対するシステムの対応が、下流の人々の健康を支援し、改善することにより、人々のセルフケアのニーズを満たすのに役立ちます。この分類は、主に公衆衛生関係者を対象としており、セルフケア導入の実施の役割を明確にするために、研究者、政策立案者、ドナー、と保健計画立案者が利用しやすい橋渡しの言語を推進することを目標とした構造を提供します。

1.5 対象範囲

1.5.1 本ガイドラインの対象範囲

本ガイドラインは、2019 年のガイドラインに基づき、健康のためのセルフケア導入に関する新規と既存の WHO の推奨事項、重要な留意事項、とグッド・プラクティス・ステートメントをまとめています。これらは、具体的な健康関連介入（第 3 章を参照）に関するものか、あるいは特にサービスが行き届いていない集団（第 4 章を参照）を対象とした実現環境づくりとその維持に関するものとなります。新規の推奨事項は、医療機関に所属する医療従事者が提供するものからセルフケア・アプローチを用いて提供するものへと変わりつつあると考えられるセルフケア導入に焦点を当てています。

本文書では、現行の WHO ガイダンスが存在する場合、読者に対し、詳しい情報の参考資料としてそうした他の刊行物や、プログラム活動に関するその他の WHO の関連ツールや文書を提示します。

本ガイドラインの新規と既存の推奨事項は、すべて要約表にまとめるとともに、第 3 章と第 4 章で詳しく説明しています。

1.5.2 サービスが行き届いていない集団におけるセルフケア導入のアクセス、取り入れ、と使用

健康格差は世界のあらゆる地域にはびこる問題であり、最も貧しく、最も社会から取り残された人やコミュニティでは、病気の発生率が顕著に高くなっています。サービスが行き届いていない人やコミュニティの脆弱性は、社会的孤立、貧困、と健康にとって有害な環境での生活につながる可能性があります。セルフケア導入へのアクセスや、セルフケア導入の使用と取り入れについて、すべての人やコミュニティが同じレベルの支援を必要としているわけではありません。健康被害を避けるためには、他者に頼らないセルフケアと、質の高いヘルスケアを希望する又は必要とする人々に対するそうしたサービスへのアクセスを、安全かつ強力に連携させることが重要になります。積極的にセルフケアを選んだのではなく、恐怖心や他の手段がないことがそうした選択を促す結果となっている場合、セルフケアは脆弱性を高める可能性があります。



さらに、すべての介入が使用者自身と医療従事者の中間という同じスペースで展開されるわけではありません。セルフケア導入の使用と取り入れは有機的なものであり、責任の所在（使用者が全責任を負うか、医療従事者が全責任を負うか、あるいはその中間のどこか）は各介入や異なる人口集団によって時とともに変化する可能性があります。

国レベルでセルフケア導入の現状を検証し、本ガイドラインの取り入れを促進する要素を特定するため、地域レベルで非公式な協議が行われています。

1.5.3 性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア

「病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（15）という WHO による健康の定義の枠組みの中で、性と生殖に関する健康とは、性と性的関係に加え、人生のあらゆる段階における生殖過程、機能、とシステムを指します。性と生殖に関する健康プログラムを通じて人権に基づく法律や政策を完全実施することが、健康と人権を守るための基礎となります。表 1.2 で、セルフケア導入に対する人権的アプローチの重要な要素について概説します。



表 1.2. セルフケア導入に対する人権的アプローチ

基準となる人権	性と生殖に関する健康と権利のためのセルフケア導入との関連性
情報、商品、とサービスの可用性、アクセシビリティ、許容性、並びに品質を含む、健康に対する権利	使用者が利用でき、アクセス可能で、受け入れることのできる、質の高い情報や製品を用いてセルフケア導入を行う能力は、各自の健康に対する権利を推進し、保護するための中核的な要素です。
参加の権利	自身に影響を及ぼす意思決定プロセスへの積極的かつ十分な情報に基づく参加は、健康に関する問題にまでとます。
平等と非差別に対する権利	この権利は、社会から取り残された人々や、差別やスティグマを受けている人々が特に直面する課題に光を当てており、関連する規制の枠組み、法律、政策、と慣行が確実に人権の原則に準拠しているようにします。
情報に対する権利	情報に対する権利は、不正確な情報や誤った情報に対する責任の所在の決定を含め、情報提供の規制のされ方に影響を及ぼします。
情報に基づく意思決定を行う権利	非差別的な文言で構成された、正確で、利用しやすく、明確で、ユーザーフレンドリーな情報が利用可能であることが、セルフケア導入に関する情報に基づく意思決定にとって重要になります。
プライバシーと秘密保持に対する権利	保健システムの外からセルフケア導入にアクセスする場合は、プライバシーと秘密保持の保証についてさらに配慮することが必要になる可能性があります。
アカウントビリティに対する権利	アカウントビリティには、保健部門全体の説明責任と、民間部門の規制に対する説明責任が含まれ、より幅広い法的環境や政策環境が含まれます。また、セルフケア導入に関する権利がおろそかにされたり侵害されたりした場合に、司法にアクセスすることを促進する是正システムも含まれます。

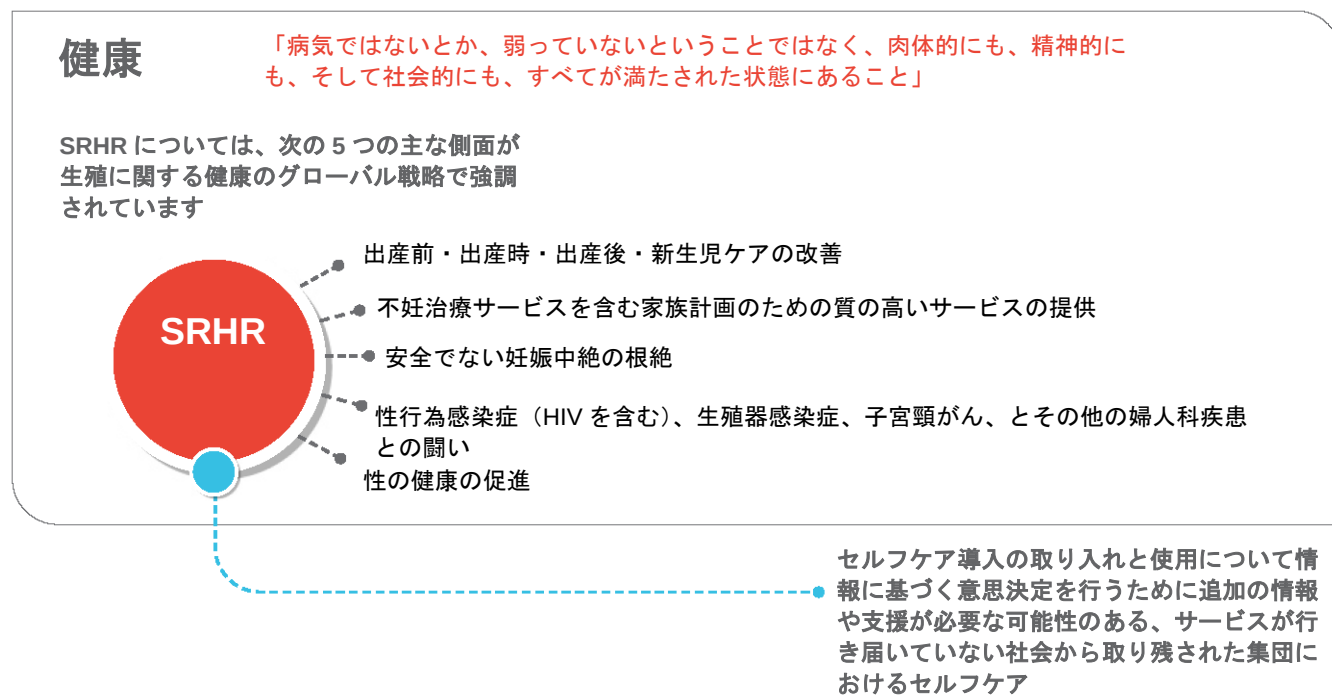
2004 年の生殖に関する健康のグローバル戦略（Global Reproductive Health Strategy）で WHO 加盟国が承認した SRHR に対する包括的アプローチは、5 つの主要分野（図 1.8 を参照）と、ジェンダーに基づく暴力などいくつかの横断的分野をカバーしています（16）。



セルフケアは、健康のすべての側面において重要ではありますが、ジェンダー、政治、文化、と権

力のダイナミクスによってマイナスの影響を受ける集団や、サービスが行き届いていない人々（障害者など）にとっては、特に重要であり、また、特に管理が困難です。これは、SRHR のためのセルフケア導入についても言えることです。なぜなら、多くの人は自分の体に対する自律性を行使できず、性や生殖に関する意思決定を行うことができないからです。

図 1.8. 性と生殖に関する健康と権利（SRHR）のためのセルフケア導入の対象範囲



1.6 対象者

第一の対象者：

- セルフケア導入の提供や推進に関する意思決定や助言に対して責任を負う、各国と国際的な政策立案者、研究者、プログラム管理者、医療従事者（薬剤師を含む）、ドナー、と市民団体。

第二の対象者：

- 製品開発者。

また、今回の新ガイドラインは、以下を支援することも期待されています：

- 推奨事項の影響を受ける人々、つまり自分自身でケアを行う人や介護者。

ここに提示するガイダンスは、サービスが行き届いていない集団のニーズや権利に合ったサービスの提供において最も大きな課題に直面する、資源の少ない環境で行われる保健サービスや保健プログラムにとって最も有益となると考えられます。しかし、本ガイドラインはあらゆる環境に該当するものであり、したがってグローバルなガイダンスととらえるべきです。全世界に関連のあるこれらの推奨事項やグッド・プラクティス・ステートメントの実施に際して、WHO の各地域や加盟国では、経済状況と既存の保健サービスや医療機関を考慮して、現地の状況に合ったものにすることができます。

1.7 価値観と好み

「HIV とともに生きる女性の性と生殖に関する健康と権利についての WHO の 2017 年統合ガイドライン（2017 WHO Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV）」（17）で用いられた、使用者の価値観と好みの評価のベストプラクティスに基づき、ネット上でセルフケア導入に関するグローバル調査を実施しました。この価値観と好みに関するグローバル調査（Global Values and Preferences Survey : GVPS）は、英語版、フランス語版、スペイン語版が用意され、2020 年 10 月～2021 年 5 月まで掲載されました。

その結果、医療従事者（回答者の 36%）を含む 113 カ国の計 1350 名から回答が得られました。地域ごとの割合はフランスが取れており、回答者の 26%がアフリカ、18%が南ア

ジア、27%がヨーロッパ、23%が南北アメリカ、13%が西太平洋地域でした。回答者の年齢は 18～70 歳で、多様な性的指向・性自認・ジェンダー表現の人（18%）、18～29 歳の若年層（46%）、と 50 歳以上（16%）を含む、幅広い多様な背景の人がいました。

GVPS の短所には、ネット上で調査の検索やアクセスを行うことができた人が最も調査に回答する可能性が高かったこと、英語、フランス語、又はスペイン語を読める人しか調査にアクセスできなかったことなどが含まれました。GVPS の長所には、世界中の各地域から幅広い回答があったことでアクセスの違いに関するスナップショットが得られたこと、定性的な回答が含まれていたことでセルフケア導入に関する幅広い観点が浮き彫りにされたことなどがありました。

GVPS の結果は、Guideline Development Group (GDG) の会議で発表されました。GDG は、ガイドラインのための新しい推奨事項の作成プロセスで GVPS の結果を考慮しました（また、価値観と好みに関する文献レビューの結果も考慮しました）。

1.8 ガイドライン作成・編集プロセス

本ガイドラインは、WHO のガイドライン作成に関する基準と要件に従い、「ガイドライン作成に関する WHO ハンドブック第 2 版 (WHO handbook for guideline development, second edition)」(18) に基づき、WHO Guidelines Review Committee の監督の下で作成されました。

本ガイドラインの推奨事項は、すべて GDG によって作成され、ガイドラインの方法論専門家が GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) アプローチを用いて支援しました (19)。特に、付録 2 と A2.4 項では、本ガイドラインで対処する課題や、本ガイドラインに含める具体的な推奨事項とグッド・プラクティス・ステートメントをどのように決定したかを説明していますので、そちらをご参照ください。

本文書の残りの部分では、第 2 章でセルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた基礎的な戦略について説明します。第 3 章では推奨事項を示し、第 4 章では実施面での留意事項に関するグッド・プラクティス・ステートメントを提供します。第 5 章では、さらなる研究が必要な、GDG が特定した研究のギャップと優先事項をリストアップします。最後に、第 6 章では、本ガイドラインと推奨事項の普及、適用、モニタリングと評価、と更新のための計画について説明します。

ボックス 1.2 リビングガイドライン

このリビングガイドラインは、ユーザーフレンドリーで操作しやすいオンライン・プラットフォームでも利用でき、それによって新たなエビデンスや情報を継続的に検討していくことができます。このリビングガイドラインのインタラクティブなウェブ版は、以下から入手することができます：

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

第 1 章の参考文献

1. Hardon A, Pell C, Taqeban E, Narasimhan M. Sexual and reproductive self care among women and girls: insights from ethnographic studies. BMJ. 2019;365:l1333. doi:10.1136/bmj.l1333.
2. Boonmongkon P, Nichter M, Pylypa J. *Mot luuk* problems in Northeast Thailand: why women's own health concerns matter as much as disease rates. Soc Sci Med. 2001;53:1095–1112. doi:10.1016/S0277-9536(00)00404-4.

3. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf>, accessed 13 March 2021).
4. Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. Washington (DC) and Geneva: World Bank and World Health Organization; 2017 (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/12/13/world-bank-who-half-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>, accessed 19 March 2021).
5. Director-General of the World Health Organization. Thirteenth general programme of work 2019–2023 (draft 5 April). Seventy-first World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2018 (A71/4; <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, accessed 24 May 2021).
6. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. World Health Organization; 2018 (WHO/ HIS/ SDS/2018.61; <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>, accessed 13 March 2021).
7. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 (https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 13 March 2021).
8. UHC Compendium: Health interventions for Universal Health Coverage [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>, accessed 15 March 2021).
9. Health promotion Q&A [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>, accessed 15 March 2021).
10. United Nations Sustainable Development Goals Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 15 March 2021).
11. Hatch S, Kickbusch I, editors; Self-help and health in Europe: new approaches in health care. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1983.
12. Self care for health: a handbook for community health workers and volunteers. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2013 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf, accessed 13 March 2021).
13. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
14. WHO Classification of self-care interventions for health v 1.0. 2021. GRADE (forthcoming).
15. Constitution. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, accessed 23 June 2021).
16. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gener al/RHR_04_8/en, accessed 13 March 2021).
17. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en, accessed 13 March 2021).
18. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>, accessed 21 April 2021).
19. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org>, accessed 1 April 2021).

2.

セルフケアの実現環境 づくりとその維持に向 けた基礎的な戦略



本章の内容

本章では、セルフケア導入のための WHO の概念的枠組みの中核的要素と、セルフケア導入の導入、アクセス、取り入れ、とスケールアップの支援におけるそれらの重要性について説明します。

健康とウェルビーイングに対する
生活者中心型のアプローチ p. 17

重要原則 p. 17

安全で支援的な実現環境 p. 19

実現環境の特徴 p. 22

セルフケア導入へのアクセス場所と
／又はセルフケア導入の提供場所 p. 24

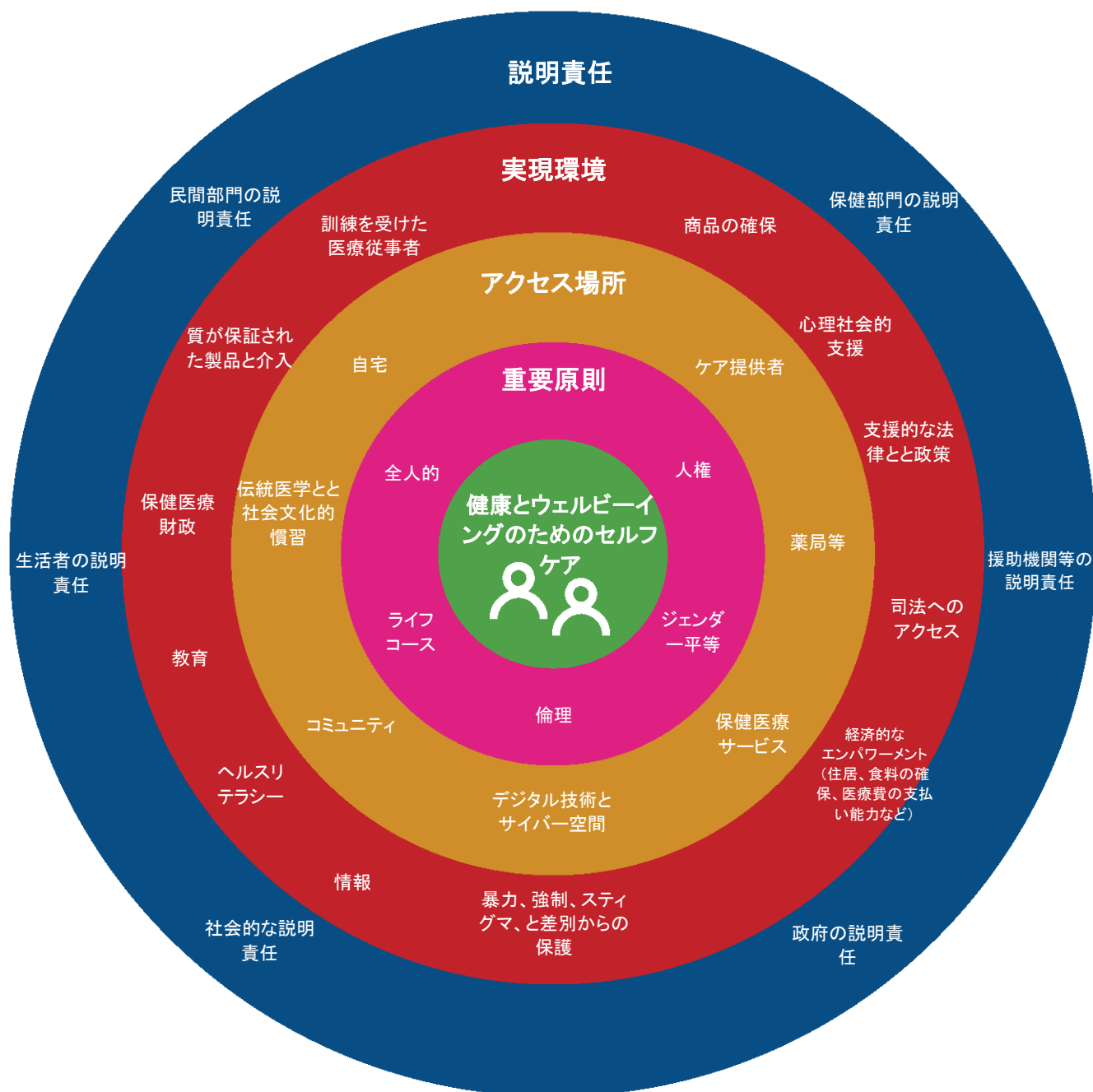
アカウンタビリティ p. 24

2.1 背景

セルフケア導入を利用できるようにする環境が確実に安全で適切なものであるようにすることは、これらの介入の導入やスケールアップに向けたあらゆる戦略にとって重要な要素となります。これらの戦略は、潜在的な使用者のプロファイル、それらの人々を対象に提供されているサービス、幅広い法律・政策面での環境、そして構造的な支援や障害に関する情報に基づいて行う必要があります。本ガイドラインに情報をもたらすこの概念的枠組みは、セルフケアの実現環境づくりとその維持に向けた重要分野に対して体系的に目を向けてもらうことで、セルフケア導入が使用者に届く際に使用者の権利やニーズを支援するために必要なチェック機能が備わり、バランスが取れているようにすることを目的として設計されています。

この概念的枠組み（図 2.1 に記載）は、健康のためのセルフケア導入の導入、アクセス、取り入れ、とスケールアップを支援する可能性のある、「人中心型」と「保健システム」の両アプローチから見た中核的要素を示しています（1）。健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチが、この枠組みの中心をなしており（緑色の円）、人権、倫理、ジェンダー平等の重要原則がその基礎となっています（ピンク色の円）。さらに、この枠組みは、セルフケア導入へのアクセス場所とセルフケア導入の提供場所（からし色の円）、安全で支援的な実現環境の重要要素（赤色の円）、そしてさまざまなレベルにおけるアカウンタビリティ（青色の円）を示しています。

図 2.1. セルフケア導入のための概念的枠組み



出典 : Narasimhan et al より許可を得て転載（1）。

2.2 健康とウェルビーイングに対する人中心型のアプローチ



本ガイドラインは、性と生殖に関する健康と権利（SRHR）や非感染性疾患（NCD）に関するものを含め、健康とウェルビーイングに対する強化された包括的な人中心型のアプローチに基づいており、このアプローチを推奨しています。人中心型とは、ライフコース全体を通じた生活環境や生活者の状況、ニーズ、と希望を考慮したホリスティックなアプローチをもって、1人ひとりのケアに取り組むということです。人中心型の保健サービスは、個人、家族、とコミュニティの観点を意識的に取り入れた医療へのアプローチを用いて提供されます。



人中心型のアプローチ（2, 3）：

- 生活者のニーズ、権利、と好みに対して人道的かつホリスティックな形で対応する信頼できる保健システムの受益者であると同時に、積極的な参加者として生活者をとらえる。
- ジェンダー平等の推進をすべての人々が健康を達成する上で中心となるものとして重視し、有害なジェンダー規範を検討してジェンダー平等を支援するジェンダー・トランスフォーマティブな保健サービスを推進する。
- 性と生殖に関するものを含め、各人が自分の人生のあらゆる側面において意思決定を行い、それを実行するための力を確実につけられるよう、教育や支援を通じて人々のエンパワメントを図る。
- 人々が自身のヘルスケアに参加することを推進する戦略が求められる。
- 保健サービスの単なる受動的な受け手ではなく、自身の健康に積極的に関わる行為者としての生活者の力を認識する。
- 疾患の管理と抑制ではなく、その人自身の健康上のニーズや優先事項を中心に構成する。

この統合的な人中心型の保健サービスのための枠組みは、保健サービスの資金供給、管理、と提供方法の根本的な転換を求めています（2）。この枠組みのビジョンは、「すべての人々が、ライフコース全体における各自のニーズを満たすように共同で構築され、一連のケア全体を通じて調整され、包括的、安全、効果的、適時、かつ効果的で、受け入れられる質の高い保健サービスを平等に受けられるようにすること。そして、すべての介護者が意欲と技能を備え、支援的な環境で業務を行えるようにすること」です（2）。

世界保健機関（WHO）では、この枠組みを達成するために実施する必要がある、5つの密接に関連し合った戦略を推奨します。このアプローチを適用することで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に向けた前進と持続可能な開発目標の達成に不可欠である、頑健かつ強靱な保健サービスを構築することができます（2）。

2.3 重要原則

適切に機能する保健システムと、安全で支援的な実現環境に関して、本項で概説する重要原則を体系的に検討することは、セルフケア導入の提供によってすべての人がより健康になれるようにする上で役立ちます。本ガイドラインの重要原則は、懸念がある可能性のある主要分野に対して体系的に目を向けてもらうことで、そうしたマイナスの影響を抑えられる可能性のある対策を立てるための情報を入手し、対応力のある支援的な保健システムと、より幅広い実現環境を確保することを目的として設計されています。

2.3.1 ホリスティックなアプローチ

健康に対するホリスティックなアプローチは、生物医学的介入への単なるアクセスや、そうした介入の取り入れを超えた課題まで対処します。健康に対するホリスティックなアプローチを取り入れるというのは、個人、家族、とコミュニティから、より幅広い保健システムや包括的な実現環境まで、複数のレベルで取り組むということです。そうすることで、生活者の健康のあらゆる側面が考慮されるだけでなく、その人の生活環境のさまざまな側面も考慮することができます。これらはすべて、その人の健康やケアシーキングに影響を及ぼします。

人中心型のアプローチの中で、健康をホリスティックにとらえることで、特定の病気や健康状態を超えた部分にも注意が向けられます。健康は持って生まれたものや環境と関連し合っており、時間とともに変化していくため、健康に対してホリスティックなアプローチを取ることで、健康の複雑で動的な要素をよりよく反映することができます（4）。したがって、セルフケア導入に対するホリスティックなアプローチは、SRHR や NCD、感染性疾患や非感染性疾患、そしてメンタルヘルスを含む、健康に関するさまざまなテーマに関連したものになります。

2.3.2 倫理面での留意事項

医療倫理は、サービスが行き届いていない集団に対する医療の提供に関する公平性とその影響など、価値観に基づく配慮という次元を追加するものです。倫理的枠組みの強化により、病気ではないということだけでなく、満たされた状態となることが重視されます。倫理的枠組みは、使用者の自律性がウェルビーイングの1つ又は複数の側面をどのように推進することができるか、あるいは対応することができるかについて理解を深めるのに役立ちます。例えば、倫理的枠組みは、その人が健康に関する意思決定を行う能力や、セルフケア導入を使用する能力についての基準を評価する上で役立つ可能性があります（5）。

公正性と公平性の原則に基づくセルフケア導入に関するすべての意思決定は、倫理的アプローチがもたらす情報に基づいて行われるべきです (6)。これには保健サービスにおける医療倫理の尊重などが含まれ、それをさらに推し進めていくことで、保健システムの外でセルフケア導入にアクセスし、使用する場合に必ず倫理的アプローチが取られるようにします。セルフケア導入の導入を支援する実現環境は、ヘルスケアがすべての介入においてリスク-ベネフィット比を最適化し、各人が情報に基づく自主的な意思決定を行う権利を尊重し、プライバシーを守り、最もサービスが行き届いていない人々を保護し、資源の公平な分配を確保することにより、倫理的なものにしなければなりません。

2.3.3 ライフコース・アプローチ



人々の生涯にわたる社会経済的状況は、健康アウトカム、疾患リスク、ヘルス・シーキング行動、とニーズを形成し、各人のセルフケア導入の使用や取り入れに影響を及ぼします (6)。健康な人は、多くの場合、自宅で健康とウェルビーイングを維持し、人生の特定の段階で断続的に保健システムを利用したり、利用を再開したりします。セルフケア導入は、ライフコースのあらゆる段階で潜在的な使用者の健康上のニーズや希望を満たすものであるべきです。これは、さまざまな年齢層のニーズが検討され、人々の長期的な健康上のニーズや優先事項がセルフケア導入へのアクセスや使用に考慮されるようにする上で役立ちます。



このようなライフコース・アプローチを検討することの利点には、提供の効率向上、全体的な費用の削減、サービスの取り入れにおける公平性の改善、ヘルスリテラシーやセルフケアの向上、ケアに対する満足度の向上、患者と医療従事者の関係改善、医療危機への対応力の向上などがあります。人生の各段階が次の段階に影響を及ぼすため、すべての段階でセルフケア導入を使用することが重要です (7)。



2.3.4 人権とジェンダー平等に基づくアプローチ

人権とジェンダー平等に基づく統合的なアプローチは、生活者の尊厳とウェルビーイングを確保する上で中心をなすものです。法律、政策、と介入は、有害なジェンダー規範やステレオタイプ、親密な関係における不平等な力関係、そして女性やジェンダーダイバースの人々の資源に対するアクセスや

資源をコントロールする力の相対的な欠如を含む、ジェンダーの不平等に対処すべきです。これらの不平等は、いずれもそうした人々の脆弱性を悪化させ、保健サービスへのアクセスや保健サービスの利用体験に影響を及ぼし、自身の健康に関する権利を十分に行使するのを妨げる障害となります。ジェンダー平等の推進は、セルフケア導入によって恩恵を受けられる可能性があるすべての人がセルフケア導入にアクセスできるよう促進する上で重要です。



人権の保護は、本ガイドラインの基礎となる重要なものです。性と生殖に関する健康 (SRH) に関連した人権には、すべての人が強制・差別・暴力のない快適で安全な性生活を送る権利、自分で選択した安全かつ効果的で手ごろな価格の受け入れられる妊娠調節方法について情報を入手し、アクセスできる権利、そして生活者とそのパートナーが妊娠・出産を安全に行って健康な子どもが生まれる確率を最大限に高めることを可能にする適切な保健サービスが提供される権利などが含まれます (6)。

経済的・社会的・文化的権利に関する国連委員会 (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights) は、SRH に対する権利について「経済的・社会的・文化的権利に関する国際規約 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) の第 12 条に記されている健康に対する権利の不可欠な部分」と定義しています (8)。同委員会は、SRH に対する権利には、あらゆる医療機関、製品、サービス、と情報への自由なアクセスを含む一連の権利が含まれるとしています (8)。これらは、すべての人が第 12 条に記されている SRH への権利を完全に享受することを保証します。生活者の尊厳や、身体的・精神的な健全さの尊重には、生殖に関する選択を自ら行うことができる機会を 1 人ひとりに与えることが含まれます (9~11)。情報に基づく自由で完全な意思決定を通じて示される自律性の原則は、医療倫理の中心的なテーマであり、人権法の中で具現化されています (12)。これは、セルフケア導入の環境において特に重要な意味を持ちます。なぜなら、人々がセルフケア導入の選択・使用に際して適切な決定を下すのに、医療専門家ではなく一般に公開されている情報に頼る可能性があるからです。さらに、世界人権宣言の第 27 条は、すべて人は自由に「科学の進歩とその恩恵にあずかる」権利を有するとしています (13)。



1994 年の国際人口開発会議の行動計画では、人権の枠組みにおける SRH の問題についてハイライトしました (14)。この行動計画では、生殖に関する権利を次のように定義しています。

生殖に関する権利には、国内法、国際人権文書、とその他のコンセンサス文書においてすでに認識されてきた特定の人権が含まれる。これらの権利は、すべてのカップルと生活者が、子どもの数、子どもを生む間隔と時期を自由かつ責任を持って決定し、そのための情報と手段を得るといった基本的な権利と、最高水準の性と生殖に関する健康を得る権利を認識することにある。また、この権利には、人権文書に示されているように、差別、強制、と暴力を受けることなく、生殖に関する意思決定を行う権利も含まれている（14、7.3）。

これ以降、SRHRに関する国際的・地域的な人権基準や法体系は大きく進化してきました。現在、特定の人権を尊重し、保護しなければ、SRHを達成・維持することはできないというコンセンサスが高まっています。性に関する権利は、性やSRHに対する既存の人権の適用によって構成されています。性に関する権利は、差別から保護する枠組み内で、他者の人権に十分配慮しながら、すべての人が自分の性を実現・表現し、SRHを享受する権利を保護します（15）。



WHOでは、特定の人権がSRHRの推進と保護に特に欠かせないと認識しています（16）。したがって、これらの人権は、SRHRのためのセルフケア導入に対しても同様に適用されます。

第1章の表1.2では、使用者を中心として、セルフケア導入の採用と提供に対するこれらの人権基準の関連性について概説しています。これらの人権基準と原則は、セルフケア導入を適切に展開していくために極めて重要です（17）。SRHR

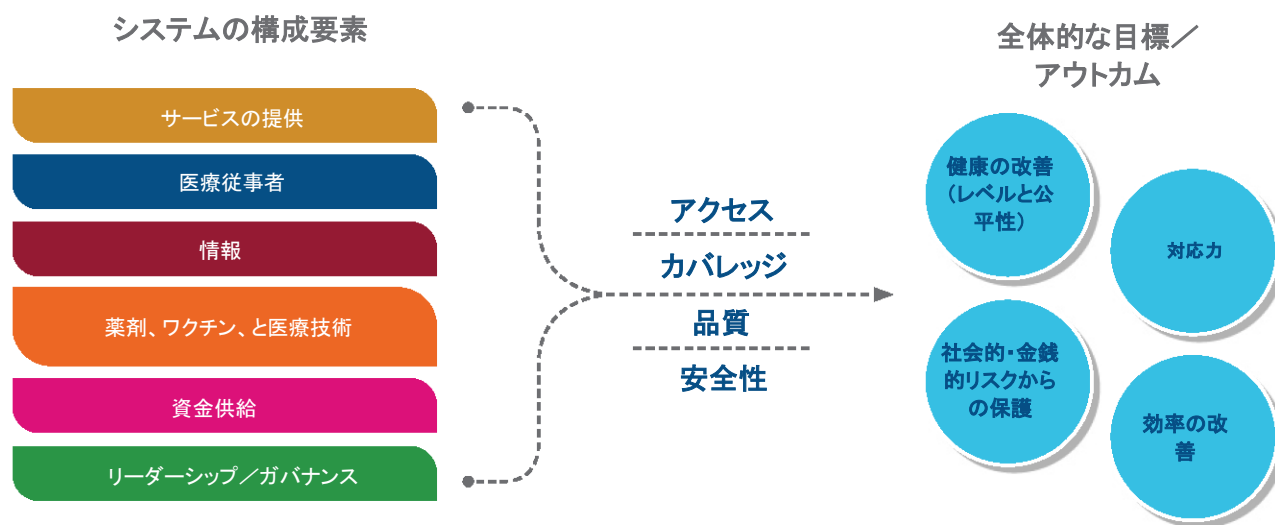
のアウトカムは、全世界で等しくはなく、各国間でも各国内でも等しくはありません。こうした格差の多くは、根底にある社会的な決定要因によるものであり、回避可能で、許容できないものです（18）。

2.4 安全で支援的な実現環境

社会から取り残されたサービスが行き届いていない集団の健康とウェルビーイングを向上することができる製品や介入へのアクセスとそれらの取り入れを推進するためには、安全で支援的な実現環境が不可欠です。したがって、セルフケア導入の導入やスケールアップを成功させるためには、保健システムのすべての側面と、セルフケア導入が提供される幅広い環境に対して体系的に目を向ける必要があります（6）。

セルフケア導入は、保健システムとの直接的なやり取りに代わるものではなく、それらを補うものでなければならず、これには保健システムの境界を概念化し直す必要がある可能性があります。使用者のセルフケア導入体験の一部は、保健システムによって形成されます。セルフケア導入が安全で効果的なものであるようにし、医療にアクセスできない人々が利用できるようにするためには、保健システムからの支援が今まで以上に必要になる可能性があります（17）。WHOの保健システムの枠組みに基づき（19）、すべての保健システムの構成要素（図2.2を参照）が効果的なセルフケア導入のために十分であるようにする必要があります。

図2.2. WHOの保健システムの枠組み



出典：WHO（19）。



さらに、情報に基づいた選択を行うためのセルフケア導入に関する適切な情報を人々が確実に得られるようにするため、また、必要に応じて医療従事者の支援を求めるために、コミュニティにリーチアウトする必要が高まります。この点については、2.4.7 項でさらに詳しく取り上げており、セルフケア導入の潜在的な使用者を保健システムがどのように対応しなければならないかに関するすべての留意事項の中心にすえて、詳しく検討しています。

2.4.1 サービスの提供

サービスの提供は、医療従事者、調達／供給、と資金供給など、保健システムへのインプットと直接的な相関関係にあります。インプットが増えれば、サービスの提供改善やサービスへのアクセス向上につながります。最低品質基準を満たす又は超える保健サービスが確実に利用でき、アクセスできるようにすることは、保健システムの重要な機能の1つです(20)。サービスは、病気や支払い能力ではなく、各人のニーズや好みに合わせて構成します。使用者が保健サービスについて対応力があり、自分にとって受け入れられるもの(又は受け入れられないもの)であると認識することで、人々が自身のヘルスケアにおいて積極的なパートナーとなるアプローチが促進されます。サービスの提供は、サービスのネットワーク、健康状態、とケアのレベル全体を通じた、ライフコース全体にわたるケアの連続性を提供するように構成します。

2.4.2 医療従事者

UHC に向けた能力とアウトカムに関する WHO のグローバル枠組みは、健康促進、予防、根治、リハビリテーション、と緩和を目的とした保健サービス全体を通じた健康介入の提供に関連しており、プライマリ・ヘルスケアのレベルの医療従事者が事前に 12~48 カ月の訓練過程を修了することで使用することができます(21)。この枠組みは、介入の提供に必要な能力(統合的な知識、技能、と行動)に重点を置き、準備教育・訓練と現職教育・訓練の両方に適用されます。セルフケア導入を推進し、促進する機会を最大化するため、医療従事者の訓練には、情報に基づく意思決定、価値観の明確化、協働的な業務実践、と共感と思いやりを持ったケアを可能にするコミュニケーションを組み込むことが重要です(21)。



ケアや保健サービスの提供は、人中心型の中立的な形で行われるべきであり、すべての人が希望する時に、支援を受けた形で自分自身のケアに関する意思決定を情報に基づいて主体的に行うことができるようにします。セルフケア導入は、保健サービスの外でアクセスと使用される場合でも、保健システムがある程度関わる必要があります。そのため、医療従事者の態度や行動が偏見のない包摂的なものであるようにすること、また、医

療従事者が患者の安全や公平性を含む安全性を推進することが極めて重要です。医療従事者や医療機関の管理者(公民問わず)は、サービスを適切に提供し、医療倫理や国際的に合意された人権原則に基づく基準を満たす責任があります。医療従事者や保健サービスは、ホリスティックな健康管理計画を作成・支援する際にセルフケアの存在を認識し、人々が保健システムで開始するもの以外のセルフケアを実践する際に果たす役割を考慮する必要があります。

2.4.3 情報

健康情報や保健サービスは、必要とされる時に必要とされる場所で利用とアクセスすることができなければならない、また、使用者にとって受け入れられる、質の高いものでなければなりません(6)。保健システムの外でセルフケア導入を利用できる状況においては、潜在的な使用者が、その人個人やコミュニティのニーズに合った、信頼性が高く、有用で、質の高い情報にアクセスできる必要があります。絵や写真といった視覚資料は、言葉の壁やリテラシーの問題を克服する上で役立ちます。携帯電話、タブレット、とその他の情報通信技術は、健康情報を提供する新たな機会をもたらしています。

健康情報は、セルフケアの臨床的と非臨床的側面に対処するために、医療従事者が入手し、使用できるようにする必要があります。情報は信頼性が高く正確であるべきであり、そうした情報をもとに自身の健康やウェルビーイングについて情報に基づく意思決定をしたり、保健システムを利用したりする人が信用できるものである必要があります。例えば、患者向け情報のパンフレットは、多くの国で法的要件となっており、そこに説明されている製品や介入の安全で効果的な使用について患者が情報に基づく意思決定をすることができるように設計することが求められています。セルフケア導入に関する情報の収集には、従来の保健システムの範囲を超えた健康管理情報システムの拡大が必要である可能性があります。

2.4.4 薬剤、ワクチン、と医療技術

適切で安全な薬剤、ワクチン、と医療技術へのアクセスを保証するための一連のプロセスには、医療技術の規制、評価、と管理が含まれます(図 2.3 を参照)(22)。どの薬剤、ワクチン、と医療技術が国内市場に参入できるかは、国の規制当局(つまり政府)が決定します。すべての必要な医薬品や医療技術を利用できるようにすることによって、途切れのないサービスの提供や介入の実現する必要があります。これには、従来の保健サービスの外(薬局・薬店やネットを通じてなど)でアクセスできる供給品も含まれます。大半のセルフケア導入は、医療現場以外で使用される可能性が高いものの、製品や技術の品質は適切に規制する必要があります(2.4.6 項を参照)。

図 2.3. 適切で安全な質の高いセルフケア導入へのアクセスを保証するためのプロセス



出典：WHO より転載（23）。

リプロダクティブ・ヘルス商品の確保とは、すべての人が必要とする時にいつでも質の高い避妊薬やその他の基礎的なリプロダクティブ・ヘルス製品を選択し、入手し、使用することができる状態を指します。リプロダクティブ・ヘルス製品に対する需要が増えるにつれ、国に対してリプロダクティブ・ヘルス商品の調達と供給管理のための安全なシステムを確立し、維持することを求める圧力が増えています。こうした商品確保には、プログラムレベルでのサプライチェーン・プロセスの計画策定、実施、モニタリング、と評価が必要です。また、より幅広い政策アドボカシー、調達に関する問題の管理、原価計算戦略の策定、多部門間の調整、と状況に応じた留意事項への対処も求められます。リプロダクティブ・ヘルス商品を確保するために、そうした商品の国内生産を実現し、強化することが、需要の高いリプロダクティブ・ヘルス製品供給の不足を防ぐ上で不可欠です（24）。

2.4.5 資金供給



特定の医療介入の提供におけるセルフケアのアプローチと技術の使用は、(i) それらの介入を提供するため（と関連する健康アウトカムを生み出すため）にどのくらいの費用を社会が負担するか、(ii) それらの介入の費用を誰が支払うか、そして (iii) それらの介入に誰がアクセスするか、という点に影響を及ぼす可能性があります（25）。予算配分や資金供給戦略は、優れた健康アウトカムを得るためにセルフケア導入を使用できるようにするための環境づくり、UHC への貢献、そして費用対効果の高いサービス提供の促進において、重要な役割を果たしていることを認識する必要があります。また、保健システムでは、セルフケアによる早期診断・治療によって費用を節約できる可能性についても考慮し、それらを財務方程式に組み込む必要があります。

2.4.6 リーダーシップとガバナンスー規制環境

セルフケア導入が多数のさまざまな製品やアクセス場所に広がるとともに、幅広い関係者の規制が必要になります。セルフケア導入が民間部門やネットを通じてますます利用できるようになるにつれ、正規でない業者や規制の対象外の業者によって、品質、安全性、と性能が不明な製品が供給されることが考えられます（26）。こうした状況において規制は重要なカギであり、品質と安全性の確保とアクセスの確保とのバランスを取ることが極めて重要です。望ましくない傾向やひずみ（セルフケア導入によるマイナスの影響や、セルフケア導入の目的外使用）を見つけ、是正することも重要になります。また、規制システムには、偽造製品の拡散を特定し、防止する役割もあります。最後に、透明性が高く、利用しやすい、効果的な説明責任の仕組みを整備する必要があります。これらは、他の社会的なアカウンタビリティの仕組みと合わせて運用されることが考えられますが、保健システムを通じた救済、是正、と司法へのアクセス手段が必要です（27、28）。

2.4.7 保健システムとコミュニティのリンク



セルフケア導入の安全で効果的な提供を確保するためには、サービスの取り入れや使用に対する障害、そして保健システムとの継続的なエンゲージメントに対する障害を克服するための仕組みを設ける必要があります。これらの障害は、生活者、生活者間、コミュニティ、と社会レベルで発生します。そうした障害には、社会的排除や疎外化、犯罪化、スティグマ、とジェンダーに基づく暴力やジェンダー不平等といった問題が含まれる可能性があります。

セルフケア導入の可用性、アクセシビリティ、許容性、手ごろな価格、取り入れ、公平なカバレッジ、品質、有効性、と効率と、サービスへのリンクを改善するために、保健システムの構成要素（図 2.2）全体を含む戦略が必要になります。そうした改善を妨げる障害を対処せずに放置すれば、セルフケア導入が利用できる状況においても、健康を損なう結果となる可能性があります。そうした障害を取り除くことは、セルフケア導入の実現環境づくりに不可欠な部分です。

セルフケア導入の可用性、アクセシビリティ、許容性、手ごろな価格、取り入れ、公平なカバレッジ、品質、有効性、と効率と、サービスへのリンクを改善するために、保健システムの構成要素（図 2.2）全体を含む戦略が必要になります。そうした改善を妨げる障害を対処せずに放置すれば、セルフケア導入が利用できる状況においても、健康を損なう結果となる可能性があります。そうした障害を取り除くことは、セルフケア導入の実現環境づくりに不可欠な部分です。

セルフケア導入の環境においては、こうした介入が情報に基づいて安全かつ適切に使用されるようにする上で、保健システムとコミュニティの連携が特に重要となります。これには、利用可能な従来の選択肢とセルフケア導入に関する情報や、必要な時に保健サービスの支援をどこでどのように得られるかという情報を提供するアウトリーチが含まれるべきであり、セルフケア製品における技術的進歩を把握していない可能性のあるコミュニティへのアウトリーチも含まれます。

2.5 実現環境の特徴

保健システムや生活者を取り巻く環境は、その人の保健サービスへのアクセスや使用、そして健康アウトカム形成において重要な役割を果たします（図 2.4 を参照）。例えば、生活者が SRHR を効果的に享受することを妨げる法律、制度上の取り決め、と社会慣行によって明らかになっているように、SRHR の社会的決定要因の重要性は十分に実証されています（9）。セルフケア導入は正式な保健サービスの外でアクセスと／又は使用されることが大半であるため、実現環境はセルフケア導入において特に重要であると言えます。したがって、こうした環境は健康やウェルビーイングの実現を助けるものでなければなりません。

図 2.4. セルフケア導入に影響を及ぼす実現環境の特徴



2.5.1 司法へのアクセス

すべての人々が、差別、医療における守秘義務違反、保健サービスの提供拒否などの権利の侵害を安全に報告し、是正を求め、さらなる権利の侵害を防ぐことができるようにするための政策や手順が必要です。プログラムにより、セルフケア導入を使用する人にも同レベルの司法へのアクセスが与えられるよう促進すべきです。司法へのアクセスを促進する上で一番に留意すべき事項には、安全性、機密性、選択肢、と本人が権利の侵害や違反の報告したいかどうかを決められる自律性が含まれていなければなりません。使用者は、機能的な救済システムにアクセスできる必要があります。権利の侵害（差別など）の場合に、そうしたシステムが司法による救済を求める手段を提供し、それによって使用者が医療従事者を含む責務履行者に行為の履行や不履行に対する説明責任を問うことができるようにすべきです。また、正式な司法システムは、生活者が是正やさらなる危害の防止を求めるにはハードルが高すぎる可能性があるため、システムによって別の形の是正やアカウントビリティを提供することもできます。適切な場合、医療従事者が権利の侵害や違反を警察に届出ることを希望する人を支援することにより、司法へのアクセスを促進することができます。司法へのアクセス、是正、とさらなる危害の防止は、特に疎外化や犯罪化に直面しているコミュニティや個人では、異なる形を取る可能性があります。



2.5.2 経済的なエンパワメント

不安定な家計、貧困、と主なニーズや支出をまかなうための資源の欠如は、脆弱性の増大や健康アウトカムの不良の要因となっています。社会経済的脆弱性は、自分自身や扶養家族の基本的なニーズを満たせるようにするために、暴力的又は虐待的なパートナーに依存したり、取り引き的性交に依存したりしている状況などにおいて、人権を行使することを困難にする可能性があります。セルフケア導入により、医療費の負担が保健システムから生活者へシフトするリスクがあり（2.4.5 項を参照）、それによってアクセス格差が広がる可能性があります。したがって、経済的なエンパワメント、貧困の削減、と資源へのアクセスに重点を置いた介入（住居や食料の支援など）は、すべての人の医療へのアクセスを改善し、健康アウトカムを改善する可能性があります。



2.5.3 教育

教育、特に中等教育は、健康やウェルビーイングに関するエンパワメントを図る上で重要であり、幅広い健康アウトカムの向上や、健康の維持方法に関する知識の向上との関連が繰り返し示されています（29、30）。例えば、若者が自身のセクシュアリティや関係性について責任を持ち、情報に基づく意思決定をすることができるようにエンパワメントする上で、包括的性教育（comprehensive sexuality education : CSE）が中心的役割を果たすことはよく知られています（31）。すべての人が確実に CSE を含む教育にアクセスできるようにすることが、ケアシーキングやセルフケア導入に関する情報に基づく意思決定を支援することにつながります。

2.5.4 暴力、強制、スティグマ、と差別からの保護

暴力は、親密なパートナーによる身体的な攻撃、性行為の無理強いや強制、精神的な虐待、行動の管理など、さまざまな形を取る可能性があります（32）。差別的又は過酷な法律や取り締まりを含む、複数の構造的要因や、スティグマや差別を正当化する文化的・社会的規範が、暴力への脆弱性に影響を及ぼしています（32、33）。暴力は、人が性生活における健康を促進する意思決定を行い、それを実行する力や、セルフケア導入を含む SRH サービスにアクセスし、使用する力を損なう可能性があります。さらに、暴力による精神的なダメージがセルフケアを妨げることもあります（34）。

セルフケア導入を使用する際には、影響を及ぼす可能性のある暴力のリスクを考慮し、軽減する必要があります。このような状況において暴力に対処するための取り組みには、保健部門とともに他の部門にも関与してもらう必要があります。暴力に対する適切な対策は、すべての人々の SRHR を向上する助けとなる可能性がありますが、HIV とともに生きる人、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人、性的に多様な人、薬物を使用する人、性労働に従事する人などを含む、スティグマ・排除・暴力の対象になりやすい人々に対して特に注意を払うべきです。



スティグマや差別（法律で規定されているものや主観的なもの）は、SRH サービスへのアクセスに対する

障害となる可能性があり、ヘルス・シーキング行動や健康アウトカムに対して重要な影響を及ぼします。これは、特定の SRH サービス（中絶など）や、特定の集団（青年、トランスジェンダーやジェンダーダイバースの人、障害を持つ人など）に特にあてはまる可能性があります。そうしたスティグマや差別からの保護は、セルフケア導入の実現環境の重要な部分であり、必要とするすべての人が公平にサービスにアクセスできるようにし、報復を恐れることなく情報を求めることや保健サービスを利用することができるようにします。これには、個人からコミュニティ、また、医療機関や保健サービスで働く人々まで、複数のレベルでの介入が必要となる可能性があります。

2.5.5 心理社会的支援

早い段階で目的に合った適切な心理社会的支援（付録4の定義を参照）を行うことは、緊急事態や重大な出来事の後個人やコミュニティが心の傷を癒し、社会構造を立て直す上で役立ちます。こうした支援は、人々を受動的な犠牲者ではなく能動的な生存者へと変えていく助けにもなります。早い段階で適切な心理社会的支援を行うことにより、(i) 悲しみや苦しみが深刻化するのを防ぐこと、(ii) 現実を受け入れ、日常生活にうまく適応できるようにしていくのを手助けすること、(iii) 普段の生活を再開するのを手助けすること、(iv) コミュニティで特定されたニーズを満たすことができます（35）。

2.5.6 法律と政策による支援

法的環境や政策環境によって、保健サービスやプログラムの可用性と、それらがどの程度生活者のニーズや希望に対応できるかが決まってきます。また、法律や公共政策は、社会的・経済的環境に影響を与える重要なツールでもあり、プラスの社会的決定要因を強化し、健康格差を悪化させる社会規範や状況に対処するプロセスを開始することができます（36）。例えば、合意の上での同性間の性交渉やその他の行動の犯罪化によって生じる障壁には対処する必要があります。こうした障壁がなくなると、セルフケア導入の使用後の保健サービスとの連携が引き続き妨げられることになります。さらに、品質や安全性を損なうことなくセルフケア導入へのアクセスを促進するために必要な規制も、SRHRの実現に向けて行動が必要な重要分野です。

2.5.7 ヘルスリテラシーとデジタルリテラシー

ヘルスリテラシーは、セルフケアラーや介護者が最も多くの情報に基づいた選択を行うために極めて重要です。市民のヘルスリテラシーの向上は、市民が自分自身の健康改善において積極的な役割を果たし、健康のためのコミュニティの活動に参加し、政府が健康や健康の公平性に対する責任を果たすよう後押しすることができるようにする基礎となります。ヘルスリテラシーを向上させることにより、各自がより良いセルフケアを実現するために健康情報をより適切に解釈し、理解し、それに基づいて行動することができるようになります。また、ヘルスリテラシーは、人々が誤った情報と正しい情報を区別する上でも役立ちます。できれば、ヘルスリテラシーを身につけた人が、自分の必要とする健康情報を見つけて評価すること、複雑な毎日の服薬を含むセルフケアに関する指示を理解して従うこと、健康を改善するために必要なライフスタイルの変更を計画して達成すること、健康について情報に基づく前向きな意思決定をすること、医療へのアクセスが必要な場合にいつどのように行えばよいかを把握すること、そしてコミュニティや社会における健康問題に対処できるようになることが理想です（37）。

セルフケア導入にデジタルプラットフォームを使用する場合は、デジタルリテラシー（デジタル機器やデジタルプラットフォームの操作能力）を考慮する必要があります。デジタルチャネルを通じて提供されるセルフケア導入の取り入れは、デジタルリテラシーのレベルによって影響を受ける可能性があります。青少年など一部の集団は、デジタルリテラシーのレベルが比較的高いため、デジタル機器やモバイル機器を通じて提供されるセルフケア導入がより魅力的なものとなることが考えられます（38、39）。

2.6 セルフケア導入へのアクセス場所

近年、正式な医療機関の外で、健康に関する情報、製品、とサービスにアクセスすることが増えてきています（6）。セルフケア導入はいくつかの経路を通じてアクセスすることができ、それによって選択の幅が広がり、自律性が向上しています。多くのセルフケアは自宅で行われており、薬局・薬店やデジタルプラットフォーム（遠隔医療やモバイルアプリなど）を通じてセルフケア導入にアクセスすることが多くなっています。こうした介入にアクセスする場所には、医療機関（病院、専門クリニック、介護施設など）も含まれており、介入の提供は、コミュニティ、介護者、又は従来の医療従事者を通じて行われる場合もあります（図2.5を参照）。

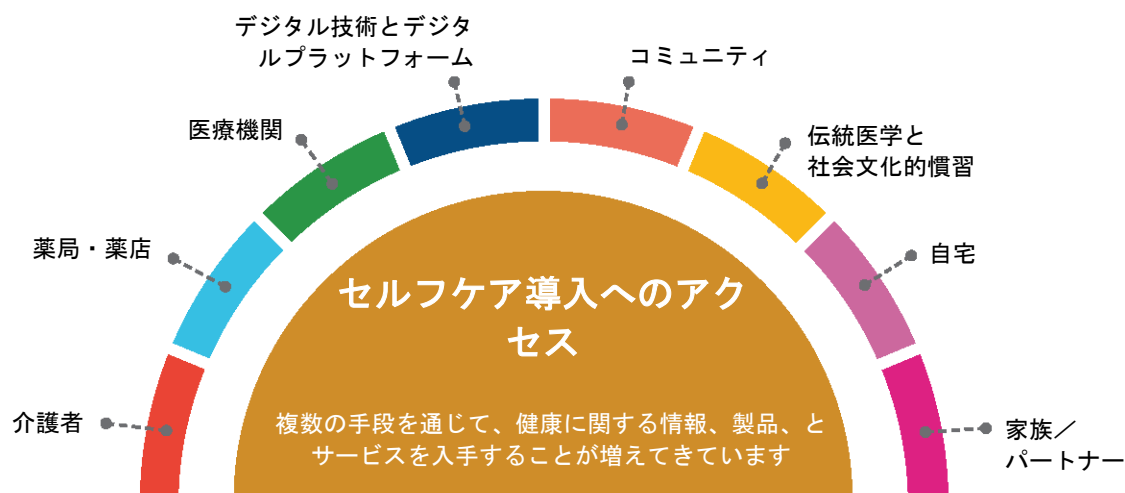
2.7 説明責任

人権の観点から見て、説明責任とは、政府の政策立案者やその他の責務履行者が、その決定や行動に影響を受ける権利保有者に対する義務を確実に果たすことを意味します。倫理的観点から見ると、説明責任とは、非難に値する生活者や組織が自らの行動について回答すること、責任を負うこと、と説明責任を果たすよう期待されることです（6）。

セルフケア導入の説明責任は、いくつかの異なる部門が共有し、すべてのレベル（地方自治体、国、地域、世界）において考慮すべきです。セルフケア導入を支援する実現環境は、説明責任の共有を通じて管理し、質の高いケアと健康アウトカムの改善を確実にする必要があります。セルフケア導入が完全に倫理的かつ適切に提供されるようにするためには、保健システムの複数の面における説明責任が必要になります

（6）。セルフケア導入は、独立した製品であってはならず、また、保健システムのさらなる断片化の原因となってはなりません。セルフケア導入には、保健システムとの連携や、保健システムによる支援が必要です（6）。それにより、保健システムが引き続き説明責任を果たすようにし、セルフケア導入と適切に関わり合い、実施を支援する方法を決定できるようにします（6）。

図 2.5. セルフケア導入へのアクセス場所



第2章の参考文献

1. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: developing a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.
2. WHO Secretariat. Framework on integrated, people-centred health services. Sixty-ninth World Health Assembly. Provisional agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf, accessed 25 March 2021).
3. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>, accessed 23 June 2021).
4. Pourbohloul B, Kieny M-P. Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. *Bull World Health Organ*. 2011;89:242. doi:10.2471/BLT.11.087544.
5. Global health ethics: key issues. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694033_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
6. World Health Organization meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health: 2–14 March 2018, Brocher Foundation, Hermance, Switzerland: summary report. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273989/WHO-FWC-18.30-eng.pdf>, accessed 24 May 2021).
7. A life-course approach to health and sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/life-course/publications/life-course-brief/en>, accessed 19 March 2021).
8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC/22; https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en, accessed 19 March 2021).
9. General recommendation No. 24 (20th session): Article 12 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) – women and health. In: Report of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Fifty-fourth session of the General Assembly, Supplement No. 38 (Chapter I). New York (NY): United Nations; 1999: paragraph 22 (A/54/38/Rev.1, <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports/21report.pdf>, accessed 19 March 2021).

10. United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations; 1979: Article 16 (<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, accessed 19 March 2021).
11. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York (NY): United Nations; 2006: Articles 12 and 23 (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 19 March 2021).
12. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/133327/9789241507745_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
13. The Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations; 1948 (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, accessed 19 March 2021).
14. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In: Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). United Nations Population Information Network (POPIN), Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 1994 (A/CONF.171/13; https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org/development/desa/pd/files/icpd_en.pdf, accessed 19 March 2021).
15. Sexual health. In: World Health Organization, Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2, accessed 23 June 2021).
16. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en, accessed 19 March 2021).
17. Ferguson L, Fried S, Matsaseng T, Ravindran S, Gruskin S. Human rights and legal dimensions of self care interventions for sexual and reproductive health. BMJ. 2019;365:l1941. doi:10.1136/bmj.l1941.
18. Making a difference: vision, goals and strategy. In: World Health Organization, Gender, equity and human rights [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/en/>, accessed 19 March 2021).
19. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 19 March 2021).
20. Health service delivery. In: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010: section 1 (https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf, accessed 19 March 2021).
21. World Health Organization Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (forthcoming).
22. Regulatory system strengthening for medical products. Sixty-seventh World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO67.20; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R20-en.pdf, accessed 19 March 2021).
23. Velazquez Berumen A. Access to medical devices for universal health coverage and achievement of SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/medical_devices/October_2017_Medical_Devices_English.pdf, accessed 19 March 2021).
24. UNFPA and partners support reproductive health commodity security. In: Reproductive Health Essential Medicines [website]. Geneva: World Health Organization; (https://www.who.int/rhem/didyouknow/unfpa/rh_commodity_security/en, accessed 19 March 2021).
25. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F, et al. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. BMJ. 2019;365:l1228. doi:10.1136/bmj.l1228.
26. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/vct/Annex19.pdf>, accessed 23 June 2021).

27. Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008;372(9655):2047–85. doi:10.1016/S0140-6736(08)61781-X.
28. Gruskin S, Ahmed S, Bogecho D, Ferguson L, Hanefeld J, MacCarthy S, et al. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter? *Glob Public Health*. 2012;7(4):337– 51. doi:10.1080/17441692.2011.651733.
29. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56:S7–S14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
30. Lloyd CB. The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. In: Malarcher S, editor. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: World Health Organization; 2010: section 2, chapter 7 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44344/9789241599528_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
31. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), World Health Organization (WHO), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International technical guidance on comprehensive sexuality education: an evidence-informed approach (revised edition)*. Paris: UNESCO; 2018 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>, accessed 19 March 2021).
32. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf, accessed 19 March 2021).
33. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016: slide 17 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>, accessed 19 March 2021).
34. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
35. Definition of psychosocial supports. Tokyo: United Nations Children's Fund (https://www.unicef.org/tokyo/jp/Definition_of_psychosocial_supports.pdf, accessed 19 March 2021).
36. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29 Suppl):4–26. doi:10.1016/S0968-8080(07)29028
37. Health literacy. In: World Health Organization, *Health promotion [website]*. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en>, accessed 19 March 2021).
38. Youth-centred digital health interventions: a framework for planning, developing and implementing solutions with and for young people. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011717>, accessed 25 May 2021).
39. Digital implementation investment guide (DIIG): integrating digital interventions into health programmes. Geneva: World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>, accessed 19 March 2021).